مجلة جامعة الملك عبدالعزيز: الآداب والعلوم الانسانية، م٢٩ع٧ ص ص:٦٢١ - ٦٥٨ (٢٠٢١م)
DOI:10.4197/Art.29-7.21

الكمالية العصابية وعلاقتها بتقدير الذات والاكتئاب لدى من يعانون من السمنة المفرطة

أ. د. محمد سالم محمد القرني
أستاذ علم النفس الاكلينيكي

د. حسن محمد الشهري
أستاذ علم النفس الارشادي

كلية الآداب والعلوم الانسانية-قسم علم النفس _ جامعة الملك عبد العزيز

مستخلص. هدفت الدراسة الحالية إلى بحث العلاقة بين الكمالية العصابية وتقدير الذات والاكتئاب لدى من يعانون من السمنة المفرطة، والوقوف على مدى وجود فروق دالة إحصائيًا في الكمالية العصابية وتقدير الذات والاكتئاب لدى من يعانون من السمنة المفرطة تعزى لمتغيرات: الجنس، والعمر، والمستوى التعليمي، والاقتصادي. وتأتي أهمية الدراسة من محاولتها الوقوف على المشكلات النفسية المرتبطة بارتفاع مستوى السمنة لتصل إلى السمنة المفرطة وهي تلك المرحلة التي يجب علينا الاهتمام بها وتوجيه البحوث إليها لما تمثل من خطورة في حياة شبابنا وبناتنا، كذلك التعرف على علاقة الكمالية العصابية بتقدير الذات وذلك في ضوء بعض المتغيرات الأخرى ومنها: الجنس، والعمر، والمستوى التعليمي، والاقتصادي. ولتحقيق أهداف الدراسة اتبع الباحثان المنهج الوصفي على عينة من ذوي السمنة المفرطة ممن يخضعون للعلاج من السمنة في العيادات النفسية ومراكز التخسيس والتجميل واضطرابات الوزن، وشملت العينة الأساسية ٥٨ من ذوي السمنة المفرطة. وقام الباحثان بتطبيق الأدوات التالية:

١. مقياس الكمالية العصابية -سامية صابر ٢٠١٠

٢. مقياس روزنبرغ لتقدير الذات

٣. مقياس الاكتئاب -أحمد محمد عبد المنعم ٢٠١٠

وتمثلت أهم نتائج الدراسة فيما يلي:

١. وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الكمالية العصابية وتقدير الذات لدى من يعانون من السمنة المفرطة من عينة الدراسة.

٢. وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الكمالية العصابية والاكتئاب لدى من يعانون من السمنة المفرطة من عينة الدراسة.

٣. وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الكمالية العصابية وتقدير الذات والاكتئاب لدى من يعانون من السمنة المفرطة من عينة الدراسة تعزى لمتغير الجنس.

٤. عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الكمالية العصابية وتقدير الذات والاكتئاب لدى من يعانون من السمنة المفرطة من عينة الدراسة تعزى لمتغير العمر.

٥. عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الكمالية العصابية وتقدير الذات والاكتئاب لدى من يعانون من السمنة المفرطة من عينة الدراسة تعزى لمتغير المستوى التعليمي.

٦. عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الكمالية العصابية وتقدير الذات والاكتئاب لدى من يعانون من السمنة المفرطة من عينة الدراسة تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي.

وقدمت الدراسة توصيات عدة لمزيد من الدراسات حول أساليب التشخيص والعلاج النفسي للسمنة المفرطة.

الكمالية العصابية وعلاقتها بتقدير الذات والاكتئاب لدى من يعانون من السمنة المفرطة

المقدمة

الكمالية هي أسلوب شخصية واسع يتسم باهتمام الشخص بالسعي إلى الكمال، ويصاحبه تقييمات ذاتية نقدية ومخاوف بشأن تقييمات الآخرين (Stoeber & Childs,2010)، ومن الأفضل تصورها على أنها خاصية شخصية متعددة الأبعاد، وفي البداية اعتقد بعض علماء النفس أن هناك العديد من الجوانب الإيجابية والسلبية للكمالية؛ فالكمالية تدفع الناس إلى الاهتمام بتحقيق مُثُل غير قابلة للتحقيق أو أهداف غير واقعية، وهذا ما يؤدي غالبًا إلى العديد من مشكلات التكيف؛ مثل الاكتئاب، والقلق، والوسواس القهري، وتدني احترام الذات، والأفكار والميول الانتحارية، ومشكلات الإنجاز لدى الأطفال والمراهقين والبالغين، على الرغم من أن المشاهد المثالية يمكن أن تقلل من التوتر والقلق والذعر، وتظهر البيانات الحديثة أن الميول إلى الكمال آخذة في الازدياد بين الأجيال الحديثة من الشباب(Curran & Hill,2019).

وخلال العقود الماضية كان هناك اهتمام متزايد بموضوع الكمالية العصابية، وأوضحت نتائج عديد من الدراسات أن الكمالية تؤدي دورًا أساسيًّا في مسببات ومسار مجموعة واسعة من الحالات النفسية؛ مثل اضطرابات الأكل، والاكتئاب، والسلوك الانتحاري(Egan, Wade, & Shafran, 2011; Shafran & Mansell, 2001).

كما بحثت دراسات أخرى عوامل الخطر للمرضى المصابين بالشره العصبي bulimia nervosa (BN) ، وفقدان الشهية العصبي (AN) anorexia nervosa ، واضطراب الأكل بنهم (BED) binge eating disorder ، وأظهرت الدراسات المستقبلية أيضًا أن السعي إلى الكمال يشكل عامل خطر لتطور سلوكيات مضطربة في تناول الطعام(Bento et al., 2010; Soares et al.,2009;Fairburn et al.,1999).

وثمة تفسيرات نظرية أشارت إلى مكونات العصابية الكمالية وهي: (أ) مستوى مفرط من القلق بشأن ارتكاب الأخطاء؛ (ب) الشكوك المستمرة حول جودة

أداء الفرد، والتي قد تؤخر إكمال المهمة؛ (ج) المبالغة في تقدير توقعات الوالدين. و (د) التركيز المفرط على النظام والدقة (Young et al., 2004; Frost et al.,1990). وقد حُدِّدت الكمالية عاملًا خطرًا على السلوك النهمي(Hewitt, Flett, & Ediger, 1995; Joiner, Heatherton, & Keel, 1997).

كما تحدث لوبينو وزملاؤه ٢٠١٠ عن خصائص الشخصية لذوي السمنة، وجود أنماط شخصية متعددة بين الأشخاص البدناء أكثر من وجود نمط شخصية معين، بالإضافة إلى ذلك، فقد أشارت تلك الدراسة إلى وجود مستوى منخفض من تقدير الذات لدى هؤلاء الذين يعانون من السمنة، وقد أكدت نتائج دراسة (Faith et al., 2011) على عينة من ١٧ رجلًا بدينًا، استخدم فيها مقياس لتقدير الذات أن مرضى السمنة كانوا أقل قلقًا، وأن الذكور أقل اكتئابًا، وهذه النتائج تؤيد فكرة أن الأكل الزائد يساعد على تسلية بعض الناس ومواساتهم، وبخاصة المنعزلون أو القلقون، وأن السمنة تحمي الفرد من إدراك المشكلات الشخصية.

وأجمعت نتائج دراسات (Haskell et al.,2010; Phillips, 2011; Melin et al.,2013) على وجود مستوى معين من الاكتئاب وانخفاض معدل تقدير الذات لدى الأشخاص الذين يعانون من السمنة المفرطة.

وعلى مدى العقود القليلة الماضية برزت مشكلة السمنة في المملكة العربية السعودية بشكل متزايد، وحاليًّا تعد من أعلى معدلات انتشار السمنة وزيادة الوزن في العالم (De Nicola et al.,2015) ، كما أكدت الإحصاءات أن ٧ من كل ١٠ أشخاص يُعانون من مشكلة السمنة في المملكة (Memish,2014)، كما أشارت الدراسات السابقة المتعلقة بانتشار السمنة في المملكة العربية السعودية إلى اتجاه متزايد في السمنة وزيادة الوزن، وهما من المصادر الرئيسة لعديد من الأمراض الأخرى، بما في ذلك ارتفاع ضغط الدم، والسكري، وزيادة الدهون في الدم، وهشاشة العظام (World Health Organization,2016).

مشكلة الدراسة

توجد فجوة واضحة في الدراسات العربية التي تناولت متغيرات الدراسة، وذلك على الرغم من وجود عديد من الدراسات الأجنبية التي تناولتها، ومنها دراسة (Hewitt & Flett,1991) التي أوضحت وجود ارتباط إيجابي دال إحصائيًّا بين الكمالية والاكتئاب في جميع العينات الإكلينيكية وغير الإكلينيكية، كما أوضحت نتائج دراسة (Shafran & Mansell,2001) أن ارتفاع مستوى الكمالية يرتبط بمستوى متزايد من الاكتئاب، وأيضًا أوضحت نتائج دراسات كلٍّ من (Preusser, Rice, & Ashby, 1994; Rice, Ashby, & Slaney, 1998; Zhang& Cai,2012) أن تقدير الذات يؤدي

وسيطا في العلاقة بين الكمالية والاكتئاب، وأن تقدير الذات يتوسط العلاقة بين أعراض الاكتئاب والكمالية العصابية.

وبناءً على ما سبق؛ أمكن صياغة التساؤلات التالية التي تهدف الدراسة الحالية إلى الإجابة عنها وهي:

١. هل توجد علاقة بين الكمالية العصابية وتقدير الذات لدى من يعانون من السمنة المفرطة؟
٢. هل توجد علاقة بين الكمالية العصابية والاكتئاب لدى من يعانون من السمنة المفرطة؟
٣. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الكمالية العصابية وتقدير الذات والاكتئاب لدى من يعانون من السمنة المفرطة تعزى إلى متغير الجنس؟
٤. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الكمالية العصابية وتقدير الذات والاكتئاب لدى من يعانون من السمنة المفرطة تعزى إلى متغير العمر؟
٥. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الكمالية العصابية وتقدير الذات والاكتئاب لدى من يعانون من السمنة المفرطة تعزى إلى متغير المستوى التعليمي؟
٦. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الكمالية العصابية وتقدير الذات والاكتئاب لدى من يعانون من السمنة المفرطة تعزى إلى متغير المستوى الاقتصادي؟

أهداف الدراسة

تبرز الاهمية النظرية للدراسة الحالية في ضوء ما أكدته نتائج الدراسات القليلة التي أُجريت حول ظاهرة السمنة المفرطة في المجتمع السعودي، وما تحمله من نسبٍ وإحصاءاتٍ تُنذر بالخطر، بالإضافة إلى اهتمامها بتلك الظاهرة من وجهة نظر نفسية.، فضلا عن ما تحمله الدراسة الحالية من أهمية تطبيقية كونها تفتح المجال لعلاج السمنة والاضطرابات النفسية التي ترتبط بها من خلال مداخل نفسية أخرى.

أهمية الدراسة

تتمثل أهمية إجراء الدراسة الحالية في عدة مسوغات نظرية وعملية نجملها في ما يلي:

١.تناول موضوع الكمالية العصابية الذي يمثل موضوعًا خصبًا من موضوعات الاهتمام الحديثة، ودراسة خصائصه وإسهاماته، وعلاقاته وتأثيراته في متغيرات أخرى سلبًا أو إيجابًا، ثم قياسه.
٢. تحاول الدراسة الوقوف على المشكلات النفسية التي تتعلق بارتفاع مستوى السمنة لتصل إلى السمنة المفرطة، وهي تلك المرحلة التي يجب علينا الاهتمام بها، وتوجيه البحوث إليها؛ لما تمثله من خطورة على حياة شبابنا وبناتنا.
٣.تحاول الدراسة الوقوف على الأدبيات السابقة التي تناولت بعض المفاهيم النفسية، ومنها الكمالية العصابية وتقدير الذات والاكتئاب.

٤. تحاول الدراسة التعرف على علاقة الكمالية العصابية بتقدير الذات، وذلك في ضوء بعض المتغيرات، ومنها: الجنس، والعمر، والمستوى التعليمي، والاقتصادي.

٥. تعمل الدراسة على فتح المجال لدراسات أخرى تهتم بعلاج السمنة والاضطرابات النفسية التي ترتبط بها من خلال مداخل نفسية أخرى.

٦. تبرز أهمية الدراسة الحالية من خلال ما أكدته نتائج الدراسات القليلة التي أُجريت حول ظاهرة السمنة المفرطة في المجتمع السعودي، وما تحمله من نسبٍ وإحصاءاتٍ تُنذر بالخطر، بالإضافة إلى اهتمامها بتلك الظاهرة من وجهة نظر نفسية.

مصطلحات الدراسة

الكمالية العصابية Neurotic perfectionism

- هي سمة شخصية تتضمن التطلع إلى تحقيق معايير شخصية عالية مع توقع الفشل، وزيادة التركيز على الأخطاء، وعدم الرضا عن أي إنجاز أو تقدم يحرزه الفرد، ويلجأ فيها الفرد إلى تأجيل القيام بالمهمة فيما يوصف بالتسويف أو المماطلة (Greenspon, 2008,63).

تقدير الذات Self-esteem

- هي حاجة إيجابية ضرورية، وهي الحاجة الأساسية للتقبل والاحترام والتعاطف والدفء والحب، وتلك المشاعر الخاصة بالكفاءة والقابلية للاعتبار تأتي من الناس الآخرين، وهي تنمو من خلال الاتجاهات الإيجابية الآتية من الآخرين (Chan, 2010,76).

الاكتئاب Depression

هو خلل في سائر الجسم يشمل الجسم والأفكار والمزاج، ويؤثر في نظرة الإنسان لنفسه، ولما حوله من أشخاص، وما يحدث من أحداث، بحيث يفقد المريض اتزانه الجسدي والنفسي والعاطفي (بدر الأنصاري، ٢٠٠٦، ٨٩).

السمنة Obesity

- هي زيادة وزن الإنسان عن المعدل الطبيعي بالنسبة إلى عمره وطوله، والناجمة عن زيادة نسبة الدهون في الجسم، والسبب الرئيس لها هو الزيادة في كمية الطعام الذي يتناوله الفرد مع سوء اختيار أنواعه، وقلة المجهود والحركة المبذولة خلال اليوم(Phillips, 2011, 24).

الإطار النظري للدراسة

أولًا: الكمالية العصابية:

تعددت تعريفات الكمالية بسبب تعقد هذا المفهوم وارتباطه بالكثير من الاضطرابات النفسية، وصعوبة تفسيره بإرجاعه إلى نظرية معينة، بالإضافة إلى عدم الاتفاق على طبيعة الكمالية، ومفهومها، وأنواعها، فبعض الباحثين يرى الكمالية بشكل سلبي فقط، ومنهم (عبد الله محمود ، ٢٠١٠ ، ٩٧) و(سامية صابر، ٢٠١٠ ، ٣٧)، في حين يراها بعضهم الآخر بشكل ثنائي البعد (سلبي/ إيجابي)، أما (عبد الله محمود، ٢٠١٠ ،٦٣) فينظر إليها على أنها

سلسلة متصلة الأبعاد، أما الاتجاه الأحادي فإن الكماليين يتبنون معايير عالية وأهدافًا صعبة المنال، ولا يتوقفون عن السعي لتحقيقها، ويعتمدون على هذه المعايير والأهداف في تقييم الذات، وأكدت (شادية عبد الخالق،٢٠٠٥، ٢٧) أن الكمالية بهذا المعنى تؤدي إلى انخفاض الإنتاجية، وسوء الصحة، وعدم القدرة على ضبط النفس، واضطراب العلاقات الشخصية، وانخفاض تقدير الذات، وانتقد (عبد المريد قاسم، ٢٠٠٣ ، ٩٧) هذا الاتجاه لأنه لا يأخذ في الاعتبار الكماليين الذين يضعون لأنفسهم معايير عالية، ويعملون على تحقيقها، ويشعرون بالارتياح والرضا عن أدائهم.

وتستند أصول البحث في الكمالية إلى النظرية الديناميكية النفسية، لا سيما في كتابات اثنين من منظري التحليل النفسي البارزين: ألفريد أدلر Alfred Adler(١٨٧٠-١٩٣٧) وكارين هورني Karen Horney (١٨٨٥-١٩٥٢). وصفت هورني (١٩٥٠) الكمالية بأنها "استبداد ما ينبغي"، وعدَّتها سلوكًا عصابيًّا يخلو من أي جوانب إيجابية، بالمقارنة كان لدى Adler وجهة نظر أكثر تمايزًا عن الكمال، في الواقع يعد أدلر من أوائل الذين قدموا رؤية متعددة الأبعاد للكمالية؛ ووفقًا لأدلر فإن السعي إلى الكمال فطري؛ بمعنى أنه جزء من الحياة، ومن دونه لا يمكن تصورها، لكن الأفراد يحاولون تحقيق هدف الكمال بشكل مختلف، ويمكن التمييز بين محاولاتهم الفردية من خلال سلوكياتهم الوظيفية وغير الوظيفية نحو هذا الهدف (Akay–Sullivan et al., 2016).

وعبر سنوات عديدة لم يحدث تقدم كبير في نظرية الكمالية باستثناء بعض الكتابات النفسية حول السعي إلى الكمال، منها على سبيل المثال ملاحظة (Hollender, 1978) التي مفادها أن السعي إلى الكمال كان "سمة شخصية مهملة"، وفي العام نفسه نشر (Hamachek,1978) مقالًا نظريًّا مؤثرًا عن الكمال، واقترح التمييز بين شكلين من أشكال الكمال، هما: الشكل الإيجابي "الكمالية العادية" ؛ إذ يستمتع الأفراد بمتابعة مساعيهم المثالية، والآخر الشكل السلبي ويسمى "الكمال العصابي"؛ إذ يعاني الأفراد من سعيهم إلى الكمال، علاوة على ذلك فبعد عامين نُشِر أول مقياس تقرير ذاتي عن الكمالية (Burns,1980) وأُتبع بمقياس آخر بعد ثلاث سنوات وهو مقياس الكمال الفرعي لمخزون اضطرابات الأكل (Garner, Olmstead, & Polivy, 1983).

في بداية التسعينيات حدث تغير كبير في النظرة للمفهوم؛ فقد نشر فريقان بحثيان نماذج متعددة الأبعاد للكمالية وما يرتبط بها من مقاييس متعددة الأبعاد؛ إذ نشر(Frost et al., 1990) نموذجًا يميز ستة أبعاد للكمالية، هي: المعايير الشخصية، والاهتمام بالأخطاء، والشكوك حول الإجراءات، وتوقعات الوالدين، ونقد الوالدين، والتنظيم، وتعكس هذه الأبعاد معايير الأداء العالية للغاية التي يتمتع

بها أصحاب الكمال؛ إذ يجسد القلق بشأن الأخطاء مخاوف الكماليين من ارتكاب الأخطاء والعواقب السلبية للأخطاء على تقييمهم الذاتي، في حين أن الشكوك حول الأفعال تلتقط ميلًا نحو التردد المرتبط بعدم اليقين بشأن فعل الشيء الصحيح، وفي المقابل تشير توقعات الوالدين ونقد الوالدين إلى تصورات الكماليين التي توقعها آباؤهم عليهم أن يكونوا مثاليين، وكانوا حاسمين إذا فشلوا في تلبية هذه التوقعات.

في حين ركز المدخل السلوكي في تفسير الكمالية على تأثير البيئة الخارجية في تنشئة الشخص، وكيف يمكن أن تؤثر هذه البيئة في تشكيل سمة الكمالية لديه؛ مثل: نموذج التوقعات الاجتماعية، ونموذج التعلم الاجتماعي. ونموذج التوقعات الاجتماعية مشتق من آراء روجرز Rogers عن قيمة الذات (Ocampo et al.,2020).

أما ألبرت إليس فقد نظر إلى الكمالية على أنها اعتقاد غير عقلاني وما يرتبط به من ميول معرفية، وأكد إليس أن المثالية تصبح غير عقلانية عندما يشعر الشخص أنه يجب الحصول على الكمال ويصبح ضرورة شخصية، وإذا أُخِذت إلى أقصى الحدود فيمكن أن تصبح الحاجة إلى الكمال توجهًا قهريًّا يتفوق على العقل والمنطق(Ellis,2002) .

وفسرت النظرية المعرفية الكمالية في سياق التشوهات المعرفية، وميل الفرد إلى تبني أساليب عزو غير تكيفية تجعله يعزو فشله إلى عوامل داخلية، وهذا ما ذكره (Klibert,2004,37)؛ فالتفكير الكمالي لدى الفرد والذي يتسم بالصلابة والجمود يتسبب في شعور الفرد بالقلق، والخجل، والاكتئاب، وهذا ما يجعله يعيد العمل مرارًا وتكرارًا، ظنًّا منه أنه لم يرتق إلى المستوى المطلوب، أو أن اعتقاده بأنه لن يحقق هذا المستوى أبدًا يجعله يماطل في القيام بالعمل، ويلجأ إلى التسويف.

وذكر (Dunkley et al.,2003,35) أن الشخص الكمالي يكون مسرفًا في توقعاته وتطلعاته، ومتشددًا في محاكمة ذاته ونقدها، فهو مدفوع داخليًّا وحريص على تحقيق مستويات فائقة من الإنجاز، وقد ينخرط في البكاء لدى شعوره بالفشل في ذلك، ثم الإحباط؛ فالنزعة الكمالية أو المثالية لديه تزيد بطبيعة الحال عن مجرد التفوق أو التميز، فهو لا يقبل الخطأ حتى وإن كان ضئيلًا، ويعاود مرارًا وتكرارًا التحقق من إجاباته ليتأكد من أنها تامة وغير منقوصة، ويتخوف كثيرًا من فقدان احترام الآخرين لو لم يكن أداؤه مثاليًّا، كما لا يشعر بالرضا والارتياح ما لم يحقق إنجازًا يصل إلى مرتبة الكمال، وقد يبدو هذا التحقيق أمرًا مستحيلًا حتى وإن كان الفرد موهوبًا ومتفوقًا.

على حين أن من يسعى لتحقيق التميز والتفوق بصورة اعتيادية غالبًا ما يشعر بالرضا والارتياح عندما يبذل قصارى جهده في إنجاز واجباته ومهامه، ويقنع بما حققه من نتائج.

وأوضح (Boyle, 2011,37) أن الكمالي العصابي تسيطر عليه فكرة غير عقلانية، وهي أنه لا بد أن

يكون أداؤه مثاليًّا لكي يحصل على استحسان ورضا وقبول من المحيطين به، كما أنه يربط إنجازه لأي عمل يكلف به بكيانه وذاته.

وقد أوضحت نتائج دراسات كلٍّ من (Bieling et al.,2003;Chantal et al.,2008 ; Albano,2011,38) أن الكمالية العصابية يصاحبها بعض الأفكار غير العقلانية، فالكماليون العصابيون يعتقدون بأن الكمال لا بد من تحقيقه في أي عمل يقومون به، وأن أي شيء لا يصل إلى درجة الكمال فهو شيء غير مقبول ولا قيمه له، وهذا ما يؤدي إلى انخفاض تقدير الذات لديهم؛ إذ يعتمد تقدير الذات لديهم على المكافأة الخارجية بدلًا من الداخلية.

كما اتفق كلٌّ من (Elliott, et al 1999; Davis et al., 2012 خلال محاولاتهم للتعرف على الحدود الفاصلة بين خصائص الفرد الكمالي السوي والفرد الكمالي العصابي، ولقد وجدوا أن متغير الرضا هو المحدد للكمالية السوية والكمالية العصابية؛ إذ إن هناك ارتباطًا موجبًا بين الكمالية العصابية وعدم الرضا.

ثانيًا: الاكتئاب:

الاكتئاب هو اضطراب وجداني يتميز بوجود مزاج حزين، وانخفاض القدرة على المتعة American Psychiatric Association,2014)، ويؤثر بشكل كبير في الحياة الاجتماعية للأفراد؛ فيحدث تدهور للعلاقات الشخصية والأدوار الاجتماعية، فضلًا عن التدهور في الوظائف الإدراكية والعصبية (Sloman, Gilbert, & Hasey, 2003). وهو إحدى الحالات الوجدانية الرئيسة التي يطلب الناس المساعدة منها (& Andrews Thomson,2009)، والاكتئاب أيضًا هو العامل الرئيس لوفيات الانتحار(World Health Organization,2017).

وقد أظهرت البيانات الوبائية الصادرة عن منظمة الصحة العالمية (WHO) انتشار الاكتئاب بين سكان العالم بحوالي ٤,٤٪؛ أي ما يعادل أكثر من ٣٠٠ مليون شخص، وهذا يشير إلى زيادة بأكثر من ١٨٪ بين عامي ٢٠٠٥ و٢٠١٥ (World Health Organization,2017). وتشمل العوامل المسببة للاكتئاب الأسباب الجينية والبيئية والنفسية، ومع ذلك فإن خطر الإصابة بالاكتئاب يزداد بسبب الفقر والبطالة وأحداث الحياة؛ مثل وفاة شخص محبوب، وانكسار العلاقات، والمرض الجسدي، وتعاطي الكحول والمخدرات؛ وعليه فإن الاكتئاب لا يزال موضوعًا للدراسة ذا أهمية كبيرة؛ نظرًا لارتفاع معدل الإصابة به في جميع أنحاء العالم، وبسبب عواقبه البيولوجية والنفسية والاجتماعية، Tavares et) al.,2021).

كما أوضحت نتائج دراسة (Haskell et al., 2010,57) أن من الصعب تشخيص الاكتئاب في بدايته، خاصة إذا لم يسبق للشخص المصاب أن تعرّض له من قبل، وأن الاكتئاب يصيب الأشخاص

بطرق مختلفة من حيث مستوى الشدة؛ لذا فإن أعراض الاكتئاب لا تكون متطابقة تمامًا لدى المصابين به، ومن الأعراض المشتركة بين المصابين بالاكتئاب شعور الشخص بالحزن وبانعدام الأمل، والشعور أو الرغبة في البكاء، والشعور بفقد الرغبة أو الاهتمام بالأشياء التي يهتم بها الشخص في الأحوال العادية.

وأضافت دراسة (بدر الأنصاري، ٢٠٠٦، ٣٧) أن هناك بعض الأعراض الحسية للاكتئاب؛ مثل فقدان الشهية للطعام، والصعوبة في الخلود إلى النوم، والشعور بآلام وأوجاع غير معروفة السبب أو المصدر، وفي حالة ظهور هذه الأعراض يتعين على المصاب بها طلب المساعدة من الطبيب النفسي الذي سيقوم بتقييم الحالة المرضية والعمل على إيجاد أفضل الحلول العلاجية للوصول إلى الشفاء.

ثالثًا: تقدير الذات:

تقدير الذات يعد قوة هائلة داخل كل واحد منا، إنه يشمل أكثر بكثير من ذلك الإحساس الفطري بالقيمة الذاتية التي يُفترض أنها حقنا البشري المكتسب؛ فتقدير الذات هو مزيج من الثقة في قدرتنا على التفكير والتعامل مع التحديات الأساسية للحياة، والثقة في حقنا في أن نكون سعداء، والشعور بالجدارة والاستحقاق لتأكيد احتياجاتنا ورغباتنا ولنستمتع بثمار جهودنا (Branden,2021).

ويُحدَّد تقدير الذات من خلال العديد من العوامل، منها: الثقة بالنفس، والشعور بالأمان، والشعور بالانتماء، والشعور بالكفاءة، ويميل تقدير الذات إلى أن يكون في أدنى مستوياته في مرحلة الطفولة، ويزداد خلال مرحلة المراهقة، وكذلك مرحلة البلوغ، ويصل في النهاية إلى مستوى مستقر ودائم إلى حد ما، وهذا يجعل احترام الذات مشابهًا لاستقرار سمات الشخصية بمرور الوقت Trzesniewski,Donnellan, & Robins,2003).

ويؤثر تقدير الذات في عملية صنع القرار لدى الأفراد، وعلاقاتهم، وصحتهم النفسية، كما أنه يؤثر في الدوافع؛ إذ يتمتع الأشخاص ذوو تقدير الذات المرتفع بفهم قوي لمهاراتهم، والقدرة على الحفاظ على علاقات صحية مع الآخرين؛ لأن لديهم علاقة صحية مع أنفسهم، كما أن لديهم توقعات واقعية ومناسبة عن أنفسهم وقدراتهم، وفهم احتياجاتهم والقدرة على التعبير عنها، في حين يميل الأشخاص الذين يعانون من تدني تقدير الذات إلى الشعور بقلة الثقة في قدراتهم، وعدم القدرة على اتخاذ القرار، وعدم وجود دافع لفعل أشياء جديدة؛ لأنهم لا يعتقدون أنهم قادرون على تحقيق أهدافهم، ولديهم مشكلات في العلاقات والتعبير عن احتياجاتهم، ومستويات منخفضة من الثقة، ويشعرون بأنهم غير محبوبين وغير جديرين (Lavy,& Naama–Ghanayim,2020).

وقد أكدت (سارة رياض، ٢٠١٢، ٣٧) أن تقدير الذات عبارة عن تقييم الشخص لذاته على نهاية قطب موجب أو سالب أو بينهما، في حين أشار(حسين فايد، ٢٠٠١، ٢٩) إلى أنه مجموعة من التقديرات المرتفعة أو المنخفضة التي تتضمنها عبارات الاختيار من حيث درجة توفرها في ذاته، وأن تقدير الفرد لذاته يمكن أن يتكون من علاقاته بالآخرين، فهو يرتبط بعلاقة الفرد بالمجتمع الذي يعيش فيه الأفراد المحيطون ويعيشون معهم.

وتناول (Albano,2011,79) تقدير الذات على أنه تقييم الفرد لذاته في مسعى منه نحو التمسك بهذا التقييم ، في ما يتضمنه من إيجابيات تدعوه لاحترام ذاته مقارنة بالآخرين، وفي ما يتضمن هذا التقييم أيضًا من سلبيات لا تقلل من شأنه بين الآخرين في الوقت الذي يسعي فيه للتخلص منه، فضلًا عن ذلك يعرف تقدير الذات بأنه "اتجاهات الفرد الشاملة، سالبة أو موجبة نحو نفسه، وهذا يعني أن تقدير الذات المرتفع هو أن الفرد يعدُّ نفسه ذا قيمة وأهمية.

المحور الرابع: الأبعاد النفسية للسمنة المفرطة

فُسرت السمنة المفرطة في ضوء نظرية التحليل النفسي فقد أوضح (Boyle, 2011, 30) أن زيادة الأكل للأفراد ذوي السمنة على أنه تثبيت أو نكوص للمرحلة الفمية من مراحل النمو النفسي الجنسي، كما أن هناك حيلًا دفاعية عديدة تنشأ أثناء هذه المراحل المختلفة، تحمي الفرد من الإحباطات أو الدوافع الغريزية، وعندما ينمو الفرد فإنه يقلع عن هذه الحيل البدائية والتي كانت مناسبة للمراحل البدائية من النمو.

وتعد الأسرة هي المسؤول الأول عن مشكلة السمنة؛ إذ يتعلم الطفل سلوكيات مختلفة، ويطور التوقعات لحياته الاجتماعية في هذه البيئة (Renzaho et al., 2014)، ومن ناحية أخرى يؤدي ضعف التواصل بين أفراد الأسرة إلى ارتفاع مستويات السمنة لدى الأبناء (Chen & Kennedy,2005)؛ لذلك فإن في علاج السمنة لدى المراهقين، ليس المهم فيه فقط الانتباه إلى سياق الأسرة والروابط الأسرية، ولكن أيضًا للوالدين والأسرة دور في الصحة العقلية للمراهقين الذين يعانون من السمنة المفرطة (Fulkerson et al. ,2007).

في الواقع يمكن أن تؤدي وظيفة الأسرة والتواصل دورًا مهمًّا ووقائيًّا في الحد من الاكتئاب، وزيادة تقدير الذات، وتحسين الرفاهية النفسية للأفراد الذين يعانون من السمنة المفرطة al.,2007; Mogul, (Fulkerson et Irby & Skelton,2014).

كما لاحظ كيلي وآخرون أن المراهقين في العائلات ذات التواصل الأفضل يتمتعون بمستويات عالية من احترام الذات (Kelly,2002)، ومع ذلك فإن الأبناء الذين يعانون من السمنة المفرطة غالبًا ما ينظر إليهم بشكل سلبي من أفراد أسرهم، حتى الدراسات البحثية حول ردود فعل الوالدين على بدانة أبنائهم أظهرت أن العديد من الآباء استجابوا بالغضب، وهذا يؤدي إلى انخفاض تقدير الذات، واضطراب الأكل،

وزيادة خطر الإصابة بالاكتئاب لدى هؤلاء المراهقين (Falconer et Park et al.,2014; al.,2014).

وقد أكدت كثير من الدراسات، ومنها على سبيل المثال: دراسة (Haskell et al.,2010,13)، ودراسة (Faith et al.,2011,24)، ودراسة (Pan et al.,2012,30) أن هناك صلة وثيقة بين السمنة المفرطة والاكتئاب، لكن من الصعب تحديد أي منهما ناتج عن الآخر، فالأشخاص الذين يعانون من السمنة المفرطة يعانون من الاكتئاب لشعورهم بأن لديهم معاناة صحية ولا يتقبلون شكلهم الخارجي نتيجة رؤية المجتمع السلبية لهم، فتهتز ثقتهم بأنفسهم وهذا ما يؤدي إلى الشعور بالاكتئاب، أما مرضى الاكتئاب فيعانون من السمنة بسبب التغيرات الفسيولوجية في الهرمونات والمناعة الناتجة عن الاكتئاب، كما أنهم يعانون من صعوبة الاهتمام بأنفسهم وإيجاد الحوافز لتغيير وضعهم؛ مثل صعوبة التقيد بنظام رياضي، والإكثار من الطعام غير الصحي، والإفراط في الطعام بشكل عام، والأفكار السلبية.

وذكرت دراسة (Melin et al.,2013,37) أن المصابين بالسمنة المفرطة يعانون من الاكتئاب ثلاثة أضعاف ذوي الوزن الطبيعي، وتُعد الضغوط النفسية الشديدة عاملًا قويًّا في إعاقة الحركة الجسمية والنشاط النفسي عمومًا؛ فالاضطرابات النفسية المتعلقة بالسمنة المفرطة لا تتوقف عند الاكتئاب، بل تتضمن الضغوط النفسية المزمنة والقلق اللذين يؤديان إلى إفرازات هرمونية تزيد التراكمات الدهنية في منطقة البطن، ويظهر ذلك حتى عند النساء النحيلات.

كذلك أوضحت نتائج دراسة (Luppino et al.,2010)أن الحمية الغذائية المؤقتة قد تزيد من الاكتئاب لنقص الفيتامينات والاضطراب الفسيولوجي بشكل عام؛ لذا يجب التحول إلى نمط حياة صحي متكامل من ممارسةٍ للرياضة، وتعلم طرق الاسترخاء، والتخفيف من الضغوط النفسية، وهذا ما يساعد في علاج الاكتئاب والسمنة المفرطة في آن واحد.

الدراسات السابقة

هدفت دراسة (عبد المريد قاسم، ٢٠٠٣) إلى الكشف عن طبيعة العلاقة بين الكمالية وكل من تقدير الذات وأعراض الاكتئاب، وتضمنت العينة ٢٠٠ طالبًا جامعيًّا (٥٦ من الذكور، و١٤٤ من الإناث) من مختلف كليات جامعة حلوان من سنوات دراسية متتالية، واستُخدم مقياس الكمالية من إعداد الباحثين؛ إذ تكون المقياس من ٢١ عبارة موزعة على أربعة أبعاد فرعية، هي: (المبالغة في مستويات الأداء، ويتكون من ٨ عبارات، الحساسية المفرطة للأخطاء ويتكون من ٧ عبارات، والتدقيق في الأداء ويتكون من ٦ عبارات، ونقد الذات ويتكون من ٤ عبارات) ومقياس بيك للاكتئاب، ومقياس تقدير الشخصية للكبار، وأسفرت النتائج عن وجود علاقة ارتباطية

دالة موجبة بين الكمالية والاكتئاب، وعلاقة ارتباطية بين التقدير الذات السلبي والكمالية العصابية.

كما هدفت دراسة (Flett, & Hewitt,2004) إلى الكشف عن العلاقة بين الكمالية وبعض المتغيرات المرتبطة بالمعاناة النفسية؛ مثل القلق والاكتئاب والضغوط النفسية، وقد استخدمت الدراسة عينة من طلاب الجامعة الأستراليين، وكانت العينة الكلية (٤٠٢) من الطلاب، منهم (١٠١) من الذكور، و(٣٠١) من الإناث، وكان متوسط أعمارهم ٢٢,٧، وقد توصلت الدراسة إلى وجود علاقة بين ارتفاع الكمالية وزيادة المعاناة النفسية من الاكتئاب والقلق دون تأثر بعامل السن أو النوع؛ إذ لم تظهر فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث على مقياس الكمالية، في حين ظهر تأثير لعامل السن في العلاقة بين الكمالية والضغوط النفسية؛ إذ كان الطلبة ذوو المستويات المرتفعة للكمالية والأكبر سنًّا أكثر تأثرًا.

وفي الاتجاه نفسه هدفت دراسة Flett, Greene,& (Hewitt,2004) إلى التعرف على طبيعة العلاقة بين مكونات الكمالية والقلق، وقد تكونت عينة الدراسة من ١٧٧ طالبًا من طلاب جامعة يورك، بلغت عينة الذكور ٦٦ طالبًا، وبلغت عينة الإناث ١١١ طالبة، تراوحت أعمارهم بين ١٥ و٢٠ عامًا، ومن أدوات الدراسة مقياس الكمالية العصابية من إعداد (فلت وهوايت، ١٩٩١) ويعد هذا المقياس مثالًا للكمالية المعرفية؛ إذ يعتمد على التقييم المعرفي للفرد، وما لدى الفرد من أفكار ومعارف مشوهة، ومقياس القلق من إعداد (تايور وكوس، ١٩٩٨)، وأوضحت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الكمالية العصابية والقلق.

في حين بحثت دراسة (Chantal et al.,2008) دور الكمالية في تحقيق التكيف والرضا الوظيفي، وتكونت عينة الدراسة من (٢٧٨) من العاملين والعاملات، بنسبة ٧٨% من الإناث، و٢٨% من الذكور، بمتوسط عمري (٣٦) سنة، وقد توصلت الدراسة إلى وجود علاقة دالة موجبة بين الكمالية المكتسبة اجتماعيًّا والاكتئاب، وكذلك وجود علاقة دالة موجبة بين الكمالية المكتسبة اجتماعيًّا والفشل وانخفاض الثقة في النفس، كما توصلت إلى أن الكمالية العصابية تؤدي إلى مشكلات في عملية التكيف الوظيفي.

أما دراسة (عبد الله محمود، ٢٠١٠) فقد هدفت إلى الكشف على المكونات العاملية للكمالية، كما هدفت إلى التعرف على الكمالية لدى المعلمين في ضوء متغيري النوع والتخصص، وكشف حجم مساهمتها في كل من اضطرابات القلق الاجتماعي والوسواس القهري والبارانويا، وقد تكونت عينة الدراسة من ٣٢١ معلمًا في المرحلة الابتدائية في مدينة الدمام، بلغت عينة الذكور ١٩٩ معلمًا، منهم ٩٦ تخصصهم علمي، و١٠٣ تخصصهم أدبي، بمدى عمري من ٢٥ إلى ٤٦، وبلغت عينة الإناث ١٢٢ معلمة، منهن ٥٧ تخصصهن علمي، و٦٥ تخصصهن

أدبي، بمدى عمري من ٢٤ إلى ٤٨، ومن أدوات الدراسة مقياس الكمالية العصابية من إعداد الباحثين، وأشارت نتائج الدراسة إلى ارتفاع بعض أبعاد الكمالية (الاهتمام بالتفاصيل، وقلق الأخطاء) لدى الإناث مقارنة بالذكور، كما تبين وجود ارتباط دال موجب بين أبعاد الكمالية (الإتقان، نقد الذات، نقد الآخرين، والاهتمام بالأخطاء) وأبعاد البارانويا، وعدم وجود ارتباط دال بين بعد الاهتمام بالتفاصيل وأبعاد البارانويا، وتشير هذه النتيجة إلى ارتفاع البارانويا الشك والاضطهاد والاستياء لدى مرتفعي الكمالية.

وهدفت دراسة (سامية صابر، ٢٠١٠) إلى دراسة العلاقة بين الكمالية العصابية واضطراب الأكل لدى عينة من طلاب الجامعة ذكورًا وإناثًا، وكذلك التعرف على الفروق بين الجنسين في الكمالية واضطرابات الأكل، وقد تكونت عينة الدراسة من ٣٥١ طالبًا وطالبة في كلية التربية جامعة بنها، وطبق عليهم مقياس الكمالية ومقياس اضطرابات الأكل إعداد الباحثة، وقد أوضحت النتائج وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الكمالية العصابية واضطراب الأكل لدى عينة الدراسة من الجنسين، وأظهرت النتائج وجود فروق بين الجنسين في مستوى الكمالية العصابية لصالح الإناث، ووجود فروق بين الجنسين في مستوى اضطرابات الأكل لصالح الإناث.

أما دراسة (Christopher et al., 2010) فقد هدفت إلى بحث علاقة الكمالية بالاضطرابات النفسية والتفكير الأحادي، وتكونت العينة من (٢٥٢) فردًا، قسموا ثلاث مجموعات: الأولى عينة إكلينيكية عددها (٤٠) فردًا، والثانية عينة من الرياضيين عددها (١١١)، والمجموعة الثالثة مكونة من (١٠١) من الطلاب، وقد توصلت نتائج الدراسة إلى أن العينة التي تعاني من الاضطرابات النفسية هي الأعلى في مستوى الكمالية السلبية، ولا توجد فروق بين المجموعات الثلاث في الكمالية الإيجابية، كما توصلت الدراسة إلى أن التفكير الأحادي كان أكثر المتغيرات في التنبؤ بالكمالية السلبية، والأقل في الكمالية الإيجابية.

وهدفت دراسة (Boyle, 2011) إلى بحث الفروق بين خصائص الكمالية وعلاقتها بالاضطرابات النفسية لدى مجموعة من الموظفين، وكانت عينة الدراسة ٢٧٥ فردًا، ٥٦,٤% من الذكور، تراوحت أعمارهم ما بين ٢٢– ٥٩ عامًا، بمتوسط ٤٢عامًا، وانحراف معياري ٩,١ ، مقسمين على ما يلي: ٧٧ يعانون من الاحتراق النفسي، و٢٩ يعانون من الاكتئاب، و٣١ من القلق، و٢٨ يجمعون بين أكثر من اضطراب (الاحتراق النفسي– القلق– الاكتئاب)، وقد توصلت الدراسة إلى أن مرتفعي الكمالية الموجهة اجتماعيًا يعانون من مستويات مرتفعة من الاحتراق النفسي والاكتئاب.

وخلافًا لتيار الدراسات السابقة هدفت دراسة (سارة عاصم رياض، ٢٠١٢) إلى الكشف عن الفروق بين الذكور والإناث في مستويات الكمالية السوية– العصابية، كما هدفت أيضًا إلى الكشف عن

مستويات الكمالية السوية- العصابية في مفهوم الذات والدافعية للإنجاز لدى كل من الذكور والإناث والعينة الكلية من المتفوقين عقليًا في المرحلة الثانوية، وقد تكونت عينة الدراسة من ٣٠٠ طالب وطالبة، ١٦٥ من المتفوقات عقليًا، و١٣٢ من المتفوقين عقليًا، وجميعهم من طلاب الثانوي العام، وقد تراوحت أعمارهم ما بين ١٦-١٧ سنة، وطبق مقياس مستويات الكمالية السوية- العصابية للمرحلة الثانوية من إعداد الباحثة، ومقياس تنسي لمفهوم الذات، واختبار المصفوفات المتتابعة لجون رافن، ولقد توصلت الدراسة إلى عدة نتائج، من أهمها وجود فروق دالة إحصائيًا في مستوى الكمالية السوية لصالح الإناث، في حين لا توجد فروق دالة إحصائيًا في مستوى الكمالية العصابية تبعًا للنوع، كما وجدت علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائيًا بين متغيري مفهوم الذات والدافعية للإنجاز لدى ذوي مستويات الكمالية السوية، وذلك لدى الذكور والإناث والعينة الكلية، كما وجدت علاقة ارتباطية سالبة بين متغيري مفهوم الذات والدافعية للإنجاز لدى ذوي مستويات الكمالية العصابية، وذلك أيضًا لدى الذكور والإناث والعينة الكلية.

أما دراسة (Davis & Wosinski.,2012) فقد هدفت إلى دراسة علاقة الكمالية التكيفية وغير التكيفية بأهداف الإنجاز، وأثر ذلك في النتائج الأكاديمية لطلاب الجامعة، وكانت عينة الدراسة (١٨١) طالبًا جامعيًا، (٢٣) منهم من الإناث، و(١٥٧) من الذكور، بمتوسط عمري (١٩,٨) عامًا، وانحراف معياري (١,٣٤)، وقد توصلت الدراسة إلى أن ذوي الكمالية التكيفية كانوا الأفضل في تحقيق الأهداف، وكانوا الأكثر تميزًا في الإنجاز الأكاديمي بالمقارنة بذوي الكمال غير التكيفيين الذين كانوا أقل في النواحي الأكاديمية، وهذا يؤكد أن النتائج الإيجابية تكون مصحوبة بتوجيه جيد، ولكن ذلك يكون غير موجود عندما يركّز على الأخطاء.

كما هدفت دراسة (Flett et al.,2016) إلى بحث الارتباط بين أبعاد الكمال، والضغوط، وأعراض الاكتئاب على عينة من ١٩١ طالبًا جامعيًا، أكمل المشاركون مقياس الكمال متعدد الأبعاد، ومقياسًا للضغوط، ومقياسًا لأعراض الاكتئاب، وأكدت النتائج أن معظم إجراءات الكمالية ارتبطت بالضغوط، كما ارتبطت جميع جوانب الضغوط بأعراض الاكتئاب، وأخيرًا توسط تفاعل الضغوط مع التقييم الاجتماعي في العلاقات بين أبعاد الكمال وأعراض الاكتئاب.

وفي دراسة حديثة لـ (Dunkley et al., 2020) بحثت مدى تفاعل السعي إلى الكمال مع التحكم المدرك اليومي للتنبؤ بأعراض الاكتئاب والقلق على مدى ٤ سنوات، أجريت على ١٥٢ بالغًا في المجتمع، أكمل المشاركون مقاييس لأبعاد الكمال والنقد الذاتي، والمعايير الشخصية، وأعراض الاكتئاب والقلق، وأظهرت تحليلات الانحدار الهرمي أن الأفراد الذين يتمتعون بمستوى عالٍ من كمالية لديهم مستويات أعلى من أعراض الاكتئاب مقارنة

بالآخرين، كما تنبأت الكمالية بأعراض القلق، ولم يتفاعل الكمال والعصابية في التنبؤ بأعراض الاكتئاب أو القلق، وتسلط هذه النتائج الضوء على أهمية معالجة التقييمات المعرفية لسيطرة الفرد على التعامل مع الضغوط للوقاية والعلاج من أعراض الاكتئاب والقلق لدى الأفراد الذين يعانون من الكمالية العصابية.

تعقيب على الدراسات السابقة

من خلال العرض السابق للدراسات التي أجريت على متغيرات الدراسة يتضح قلة الدراسات التي ربطت بين المتغيرات؛ فبعض تلك الدراسات ربطت بين الكمالية العصابية، وبعض الاضطرابات النفسية، ومنها الاكتئاب؛ مثل دراسة (عبد المريد قاسم، ٢٠٠٣) التي اهتمت بدراسة الكمالية في علاقتها بتقدير الذات وأعراض الاكتئاب لدى الشباب الجامعي، ودراسة (Flett, Greene,& Hewitt,2004) التي اهتمت بدراسة الكمالية وأبعادها وعلاقتها بالقلق لدى عينة من طلاب الجامعة، ودراسة (عبد الله محمود، ٢٠١٠) التي اهتمت بدراسة الكمالية لدى عينة من معلمي التعليم العام في علاقتها ببعض اضطرابات القلق والبارانويا لديهم، ودراسة (سامية صابر ، ٢٠١٠) التي اهتمت بدراسة الكمالية العصابية وعلاقتها باضطراب الأكل لدى عينة من طلاب الجامعة، ودراسة (سارة عاصم رياض، ٢٠١٢) التي اهتمت بدراسة مستويات الكمالية وعلاقتها بمفهوم الذات والدافعية للإنجاز لدى عينة من الطلاب المتفوقين عقليًّا في المرحلة الثانوية.

كما قامت بعض الدراسات بربط أعراض الاكتئاب وظهورها ببعض المتغيرات، ومنها دراسة (عبد المريد قاسم، ٢٠٠٣) التي اهتمت بدراسة الكمالية في علاقتها بتقدير الذات وأعراض الاكتئاب لدى الشباب الجامعي. وقامت بعض الدراسات بربط ظهور الكمالية العصابية باضطرابات الأكل التي تسبب السمنة، ومنها دراسة (سامية صابر، ٢٠١٠) التي اهتمت بدراسة الكمالية العصابية وعلاقتها باضطراب الأكل لدى عينة من طلاب الجامعة.

ومن هنا يجد الباحثان أن تلك الدراسات التي اهتمت بإلقاء الضوء على الكمالية العصابية لدى مرضى السمنة قد ندرت جدًّا، وخاصة في الثقافة السعودية، كذلك ندرت تلك الدراسات التي ربطت الكمالية العصابية بمستوى تقدير الذات، وأيضًا ظهور أعراض الاكتئاب.

فروض الدراسة

من خلال نتائج الدراسات السابقة والإطار النظري للدراسة تُوُصِّل إلى صياغة فروض الدراسة الحالية على النحو الآتي:

١. توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الكمالية العصابية وتقدير الذات لدى من يعانون من السمنة المفرطة من عينة الدراسة.

٢.توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الكمالية العصابية والاكتئاب لدى من يعانون من السمنة المفرطة من عينة الدراسة.

٣.توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الكمالية العصابية وتقدير الذات والاكتئاب لدى من يعانون من السمنة المفرطة من عينة الدراسة تعزى إلى متغير الجنس.

٤.توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الكمالية العصابية وتقدير الذات والاكتئاب لدى من يعانون من السمنة المفرطة من عينة الدراسة تعزى إلى متغير العمر.

٥.توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الكمالية العصابية وتقدير الذات والاكتئاب لدى من يعانون من السمنة المفرطة من عينة الدراسة تعزى إلى متغير المستوى التعليمي.

٦.توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الكمالية العصابية وتقدير الذات والاكتئاب لدى من يعانون من السمنة المفرطة من عينة الدراسة تعزى إلى متغير المستوى الاقتصادي.

منهج الدراسة

استخدم الباحثان وفقًا لطبيعة الدراسة المنهج الوصفي بشقيه الارتباطي والمقارن؛ من أجل الوقوف على طبيعة العلاقة بين الكمالية العصابية وتقدير الذات والاكتئاب لدى من يعانون من السمنة المفرطة، وحساب الفروق على هذه المتغيرات وفقًا للجنس والسن والمستوى التعليمي والمستوى الاقتصادي.

مجتمع الدراسة

شملت عينة الدراسة مجموعة من الذين يعانون من السمنة المفرطة والذين يخضعون للعلاج من السمنة في عيادة علاج السمنة بمستشفى باقدو والدكتور عرفان العام، والذين بلغ عددهم ١١٥ شخصًا تنوعوا بين الذكور والإناث، وطُبِّقت أدوات الدراسة على عينة استطلاعية للوقوف على صدق أدوات الدراسة وثباتها، ومن ثَمَّ الخروج بالعينة النهائية التي شملت ٥٨ شخصًا من هؤلاء المرضى.

عينة الدراسة

العينة الاستطلاعية: قام الباحثان بتطبيق أدوات الدراسة الحالية على عينة استطلاعية؛ وذلك للتأكد من صدق الأدوات وثباتها، وبلغ عدد العينة ١٥ شخصًا يخضعون للعلاج من السمنة في عيادة علاج السمنة من المترددين على العيادات النفسية ومراكز التخسيس والتجميل واضطرابات الوزن؛ بسبب معاناتهم من السمنة المفرطة، وذلك بحسب رغبة المرضى التعاون مع الباحثين.

العينة الفعلية: قام الباحثان باختيار عدد ٥٨ شخصًا من مجتمع الدراسة؛ وذلك مراعاة لتنوع المتغيرات التي سوف تقيسها الدراسة، وهي الجنس، والعمر، والمستوى التعليمي، والمستوى الاقتصادي. ويوضح الجدول التالي خصائص عينة الدراسة.

الجدول (١) عينة الدراسة حسب الجنس والعمر والمستوى التعليمي والمستوى الاقتصادي

المتغير	التكرار	النسبة المئوية
حسب متغير الجنس		
ذكر	١٥	٢٦,٩
أنثى	٤٣	٧٤,١
حسب متغير المستوى التعليمي		
ابتدائي	١٣	٢٢,٤
إعدادي	٢٦	٤٤,٨
ثانوي	١٨	٣١,٨
جامعي	١	١,٧
حسب متغير المستوى الاقتصادي		
أقل من ١٥٠٠ ريال	٣٢	٥٥,٢
من ١٥٠٠ – ٣٠٠٠	٩	١٥,٥
أكثر من ٣٠٠٠	١٧	٢٩,٣
حسب متغير العمر		
من ١٥ إلى ٢٥	١٩	٣٢,٨
من ٢٦ إلى ٤٠	٣٠	٥١,٧
من ٤٠ إلى ٥٠	٩	١٥,٥
المجموع	٥٨	١٠٠

أدوات الدراسة

استخدم الباحثان الأدوات التالية:

مقياس الكمالية العصابية – سامية صابر ٢٠١٠

المقياس مكون من ٤٤ عبارة تقيس مجموعة من الأبعاد على ما يلي:

- **البعد الأول:** المستويات العالية والمبالغ فيها للأداء، ويتفرع هذا البعد إلى ثلاثة أبعاد فرعية، هي:

١. من الفرد نحو ذاته: ويشتمل على العبارات ذات الأرقام: ٢٢، ٢٠، ١٩، ١٦، ١٤، ٩، ٧، ٥، ١

٢. من الفرد نحو الآخرين: ويشتمل على العبارات ذات الأرقام: ٤١، ٣٩، ٣٧، ٣٤

٣. من الآخرين نحو الفرد: ويشتمل على العبارات ذات الأرقام: ٤٠، ٣٨، ٣٥، ٣١، ١١، ٨، ٤

- **البعد الثاني:** الخوف من الفشل، ويشتمل على العبارات ذات الأرقام: ٤٤، ٤٢، ٣٣، ٢٤، ١٢، ١٠، ٣
- **البعد الثالث:** عدم الرضا بوجه عام، ويشتمل على العبارات ذات الأرقام: ٣٦، ٢٨، ٢٦، ٢٣،

• **البعد الرابع:** الشعور بالنقص وعدم الثقة بالنفس، ويشتمل على العبارات ذات الأرقام: ٤٣، ٣٢، ٣٠، ٢٩، ٢٧، ٢٥، ٢١، ١٨، ١٥، ١٣، ٦، ٢

أولًا: صدق مقياس الكمالية

صدق المحكمين: عُرِض القياس على (١٠) محكمين من الأساتذة المتخصصين في علم النفس والصحة النفسية، وحُذِفت بعض العبارات، وعُدِّل منها بعضٌ آخر؛ بناء على توجيهات الأساتذة المحكمين.

صدق الاتساق الداخلي: قُنِّن القياس على عينة مكونة من (١٥) مريضًا بالسمنة شكلوا عينة الدراسة الاستطلاعية.

حُسِبت معاملات الارتباط بين مجموع درجات البعد والمجموع الكلي لدرجات القياس، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول (٢) معاملات الارتباط بين درجات البعد ومجموع درجات القياس

الأبعاد	معامل الارتباط
المستويات العالية والمبالغ فيها	٠,٨٢١
الخوف من الفشل	٠,٩٥٥
عدم الرضا بوجه عام	٠,٩٧٥
الشعور بالنقص وعدم الثقة بالنفس	٠,٨٩١

يتضح من الجدول السابق أن معاملات الارتباط بين مجموع درجات البعد ومجموع درجات القياس مرتفعة، وهذا يشير إلى أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الصدق.

ثانيًا: ثبات مقياس الكمالية

حُسِب معامل الثبات للأبعاد الأربعة الرئيسة، والأبعاد الثلاثة الفرعية من البعد الأول والمقياس ككل بطريقة ألفا كرونباخ كما في الجدول التالي:

الجدول (٣) ثبات الأبعاد الأربعة الرئيسة، والأبعاد الثلاثة الفرعية من البعد الأول والقياس ككل لمقياس الكمالية العصابية

الأبعاد	معامل ألفا
المستويات العالية والمبالغ فيها	٠,٦٤
من الفرد نحو ذاته	٠,٥٧
من الفرد نحو الآخرين	٠,٦٨
من الآخرين نحو الفرد	٠,٦٤
الخوف من الفشل	٠,٦٧
عدم الرضا بوجه عام	٠,٩٠
الشعور بالنقص وعدم الثقة بالنفس	٠,٦٢
القياس ككل	٠,٦٨

يتضح من الجدول السابق تراوح معاملات الثبات بين ممتازة ومقبولة للأبعاد الرئيسة والفرعية والمقياس ككل، وهذا يشير إلى أن القياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات.

مقياس روزنبرغ لتقدير الذات

وهو مقياس وضعه الدكتور موريس روزنبرغ المحامي، ويتطلب الحصول على نتيجة هذا القياس الإجابة عن عشر عبارات تدور حول تقدير الذات واحترامها، ويعد هذا المقياس شائعًا ومشهورًا في اختبارات العلوم الاجتماعية، وتتضمن العبارات في هذا المقياس خمس عبارات سلبية المضمون، وخمس عبارات إيجابية المضمون؛ أي خمس منها يؤدي الجواب الإيجابي عنها إلى تقليل الناتج الكلي للاختبار، في حين تؤدي الخمس الأخرى إلى زيادة الناتج، ولكل عبارة أربعة من الأجوبة تتراوح بين (أوافق بشدة، وأعارض بشدة) وقد أجريت الاستبانة الأولى لهذا الاختبار على عينة من طلاب المدارس الثانوية في نيويورك تكونت من ٥٠٢٤ طالبًا، وقد تُرجم هذا المقياس إلى لغات عدة؛ كالفارسية والفرنسية والصينية والبرتغالية والإسبانية، ويعتمد هذا المقياس إلى درجة كبيرة على تقدير احترام الذات، وسوف يستخدم الباحثان النسخة العربية من المقياس ترجمة (يوسف حسين، ٢٠١٠).

مقياس الاكتئاب – أحمد عبد المنعم ٢٠١٠

قام بتصميم هذا المقياس واستخدامه في دراسته عام ٢٠١٠ التي بعنوان: مقياس الاكتئاب للشباب متعدد الأبعاد، وكان الغرض من دراسته تصميم هذا المقياس، ولأن النسبة الأكبر من عينة الدراسة مكونة من الشباب؛ فقد وجد الباحثان أن هذا المقياس من أنسب المقاييس التي يمكن تطبيقها في الدراسة الحالية، ويتكون المقياس من ٦٠ عبارة تقيس أربعة أبعاد للاكتئاب عند الشباب، وهي:

أولًا: البعد الوجداني: ويتكون من ١٥ عبارة، ويتضمن بعض الأعراض والمظاهر التي ترتبط بالجانب الوجداني الانفعالي للشخص المكتئب؛ كالشعور بالحزن، والرغبة في البكاء، وفقدان المتعة والاهتمام، والشعور بالذنب، وتأنيب الضمير، وسرعة الاستثارة الانفعالية.

ثانيًا: البعد المعرفي السلوكي: ويتكون من ١٧ عبارة؛ إذ يرتبط الجانب المعرفي السلوكي للشخص المكتئب ببعض المظاهر والأعراض الاكتئابية؛ كفقدان الثقة بالنفس، والشعور بانخفاض القيمة، والتوقع السلبي للأمور الحياتية، ونقص القدرة على التركيز أو إبداء الرأي، بالإضافة إلى التردد وعدم القدرة على اتخاذ القرارات، والتي قد ترجع إلى التحريفات السلبية لخبرات الحياة، أو التقييم السلبي للذات، وانخفاض الدافعية لدى الفرد.

ثالثًا: البعد الجسدي الفسيولوجي: ويتكون من ١٣ عبارة؛ إذ يتخذ الاكتئاب غالبًا صورة جسدية، بل يمتد ليؤثر في بعض الوظائف الفسيولوجية الأخرى، وقد تكون الصورة الجسدية للمظاهر والأعراض الاكتئابية سابقة الظهور على الأعراض الأخرى، وتشمل هذه الأعراض: الشعور بالتعب والإجهاد لأقل جهد يبذل، وحدوث اضطراب في النوم أو الوزن، وكثرة الشكاوى الجسدية، وفقدان الرغبة الجنسية.

رابعًا: البعد عبر الشخصي: ويتكون من ١٥ عبارة؛ إذ يتضمن النظر إلى الشخص المكتئب من منظور كلي شمولي، فبالإضافة إلى الأبعاد الثلاثة السالفة الذكر (الوجدانية، والمعرفية السلوكية، والجسدية الفسيولوجية) فإنه يركز على بعض الجوانب الأخرى؛ مثل وعي الشخص بذاته وإدراكه لها، وسعيه نحو تحقيق معنى وهدف في الحياة، ومن ثَمَّ تحقيقه لذاته، بالإضافة إلى التسامي بالذات وتحقيق السعادة الإنسانية، والرضا عن الذات، والمسؤولية عن الأفعال والتصرفات، والقدرة على التعبير الإبداعي، والإيجابية في التعامل مع الأمور والمواقف الحياتية، والتواصل مع الآخرين.

الجدول (٤) توزيع عبارات مقياس الاكتئاب على الأبعاد

البعد	عدد العبارات	أرقام العبارات
الأول	١٥	١، ٥، ٩، ١٣، ١٧، ٢١، ٢٥، ٢٩، ٣٣، ٣٧، ٤١، ٤٥، ٤٩، ٥٣، ٥٦.
الثاني	١٧	٢، ٦، ١٠، ١٤، ١٨، ٢٢، ٢٦، ٣٠، ٣٤، ٣٨، ٤٢، ٤٦، ٥٠، ٥٤، ٥٧، ٥٩، ٦٠.
الثالث	١٣	٣، ٧، ١١، ١٥، ١٩، ٢٣، ٢٧، ٣١، ٣٥، ٣٩، ٤٣، ٤٧، ٥١.
الرابع	١٥	٤، ٨، ١٢، ١٦، ٢٠، ٢٤، ٢٨، ٣٢، ٣٦، ٤٠، ٤٤، ٤٨، ٥٢، ٥٥، ٥٨.

أولًا: صدق مقياس الاكتئاب

أما الصدق فكان حسابه من خلال:

الصدق الظاهري (المحكمين)

عُرِض المقياس في صورته الأولية على عدد ١٠ محكمين من أساتذة الصحة النفسية وعلم النفس والطب النفسي؛ وذلك لإبداء الرأي والحكم على مدى صلاحية المقياس من حيث الأبعاد، ومدى انتماء كل عبارة إلى البعد الذي تنتمي إليه، بالإضافة إلى سلامة الصياغة، وقد أخذ الباحثان بتوجيهات المحكمين التي وصلت نسبة الاتفاق فيها إلى ٩٠%، وذلك تمهيدًا للوصول إلى صورة قابلة للتطبيق.

المقارنة الطرفية

استخدم الباحثان طريقة المقارنة الطرفية للتحقق من صدق المقياس، حيث التحقق من قدرة المقياس على التمييز بين المستوى الميزاني القوي والضعيف؛ أي

التمييز بين الأفراد الذين يعانون من الاكتئاب وغيرهم، وللوصول إلى ذلك قام الباحثان بترتيب درجات أفراد العينة الاستطلاعية على المقياس ترتيبًا تنازليًا، ثم عزل ٢٧% من العدد الكلي لعينة التقنين من أول الترتيب التنازلي ومن آخره، وقد قام الباحثان بحساب متوسط درجات العينة في كلا المستويين: القوي والضعيف، ومن ذلك حساب الفرق القائم بين متوسط الدرجات في المستويين الميزانيين، ولحساب صدق المقارنة الطرفية تحسب الارباعيات، ثم نختار الربيع الأعلى والربيع الأدنى ويستثني الأوسط، ثم عمل اختبار (ت) بين متوسطات الارباعين الأعلى والادنى، ويجب أن تكون قيمة (ت) دالة ليعطي دلالة بقدرة الاختبار على التمييز.

ثانيًا: ثبات مقياس الاكتئاب

إعادة تطبيق الاختبار

أعاد الباحثان تطبيق المقياس على عينة الدراسة الاستطلاعية بفاصل زمني أسبوعين، وأشارت النتائج إلى أن معامل الارتباط دال عند ٠,٠١، وهذا يشير إلى أن الاختبار يعطى النتائج نفسها تقريبًا إذا ما استخدم أكثر من مرة تحت ظروف مماثلة.

الجدول (٥) معامل الارتباط بين التطبيق الأول والثاني

أبعاد مقياس الاكتئاب	عدد العبارات	معامل الثبات بطريقة إعادة الاختبار
البعد الوجداني	١٥	٠,٧٨
البعد المعرفي السلوكي	١٧	٠,٨١
البعد الجسدي	١٣	٠,٧١
البعد عبر الشخصي	١٥	٠,٦٩

كما استخدم الباحثان معادلة ألفا كرونباخ لحساب معامل الثبات لجميع أبعاد الاختبار.

الجدول (٦) معاملات الارتباط بطريقة ألفا كرونباخ لمقياس الاكتئاب

أبعاد مقياس الاكتئاب	معامل الثبات
البعد الوجداني	**٠,٧٧**
البعد المعرفي السلوكي	**٠,٦٨**
البعد الجسدي	**٠,٦٣**
البعد عبر الشخصي	**٠,٧٣**

ويتضح من الجدول السابق أن معاملات الثبات باستخدام ألفا كرونباخ في جميع أبعاد مقياس الاكتئاب دالة عند ٠,٠١، وهذا يشير إلى صلاحية استخدام المقياس في الدراسة.

الاتساق الداخلي

استخدم الباحثان طريقة التجانس (الاتساق) الداخلي للمقياس من خلال معاملات الارتباط بين كل عبارة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه تلك العبارة، وتبين أن جميع معاملات الارتباط دالة إحصائيًّا عند مستوى دلالة ٠,٠١.

الجدول (٧) الاتساق الداخلي لمقياس الاكتئاب

البعد الوجداني		البعد المعرفي		البعد الجسدي الفسيولوجي		البعد عبر الشخصي	
رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط
١	٠,٤٩	٢	٠,٤٧	٣	٠,٣٣	٤	٠,٤٦
٥	٠,٥٢	٦	٠,٨٣	٧	٠,٥٨	٨	٠,٦٠
٩	٠,٣٥	١٠	٠,٥٣	١١	٠,٣٥	١٢	٠,٤٦
١٣	٠,٦٤	١٤	٠,٤٩	١٥	٠,٥١	١٦	٠,٥١
١٧	٠,٤٥	١٨	٠,٦٠	١٩	٠,٤٨	٢٠	٠,٤٢
٢١	٠,٤١	٢٢	٠,٣٧	٢٣	٠,٥٣	٢٤	٠,٤٣
٢٥	٠,٧٤	٢٦	٠,٤٩	٢٧	٠,٥٤	٢٨	٠,٥٨
٢٩	٠,٥٨	٣٠	٠,٥٥	٣١	٠,٤٩	٣٢	٠,٥٢
٣٣	٠,٣٣	٣٤	٠,٦٣	٣٥	٠,٤٨	٣٦	٠,٤٤
٣٧	٠,٤٧	٣٨	٠,٥٠	٣٩	٠,٤٠	٤٠	٠,٣٧
٤١	٠,٥٥	٤٢	٠,٥٢	٤٣	٠,٣٣	٤٤	٠,٥٨
٤٥	٠,٤٤	٤٦	٠,٤١	٤٧	٠,٥١	٤٨	٠,٣٥
٤٩	٠,٤٧	٥٠	٠,٣٨	٥١	٠,٤٤	٥٢	٠,٤٩
٥٣	٠,٥٦	٥٤	٠,٤٥			٥٥	٠,٦١
٥٦	٠,٤٣	٥٧	٠,٦٠			٥٨	٠,٥٥
		٥٩	٠,٣٦				
		٦٠	٠,٣٩				

عرض نتائج الدراسة ومناقشتها:

يتضمن هذا الجزء عرض النتائج التي توصل إليها الباحثان، وتفسيرها، ثم عرض بعض الأفكار المقترحة للدراسة والبحث، وأخيرًا تقديم أهم التوصيات المستنبطة من الدراسة.

مناقشة نتائج الفرض الأول:

لاختبار صحة الفرض الأول الذي ينص على أنه: "**توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الكمالية العصابية وتقدير الذات لدى من يعانون من السمنة المفرطة**"؛ قام الباحثان بحساب معامل ارتباط بيرسون، وجاءت النتائج على النحو التالي:

الجدول (٩) العلاقة بين الكمالية العصابية وتقدير الذات

المتغير		الاكتئاب	الكمالية العصابية
الاكتئاب	معامل الارتباط	−٠,٧٣٠	٠,٦٩٤
	مستوى الدلالة	٠,٠٠٠	٠,٠٠٠
	العدد	٥٨	٥٨
الكمالية العصابية	معامل الارتباط	−٠,٥٨٣	١
	مستوى الدلالة	٠,٠٠٠	٠,٠٠٠
	العدد	٥٨	٥٨

يتضح من الجدول السابق وجود علاقة إيجابية دالة إحصائيًّا بين الكمالية العصابية وارتباط موجب دال إحصائيًّا مع الاكتئاب عند مستوى دلالة (٠,٠٠١)، وهذا يشير إلى تحقق صحة الفرض المطروح..

ويرى الباحثان أن العلاقة الإيجابية في ما بين تقدير الذات والكمالية العصابية يرجع إلى أن تقدير الذات يعد من السمات التي تشير إلى توافق الفرد من عدم توافقه، فإذا كان تقدير الذات عنده يتطابق مع واقعه أو كما يدركه الآخر فإنه يكون متوافقًا، وإذا كان تقدير الذات لديه متضخمًا أدى به ذلك إلى الغرور والتعالي، وهذا ما يفقده التوافق مع الآخر، كما قد يتسم فرد ما بمفهوم متدنٍ عن الواقع أو عن إدراك الآخرين له، وهنا يتسم سلوكه بالدونية (الإحساس بالنقص) ويتضخم الذات لدى الآخرين، وهذا ما يؤدي به أيضًا إلى سوء التوافق، ويضيف مايزر أن اتصاف تقدير الذات لدى الفرد بالإيجابية يجعله يدرك العالم الخارجي ويراه بصورة إيجابية، وعلى العكس من ذلك فإذا اتصف مفهوم الفرد بالسلبية طبقًا لما يقول روجرز فإنه سيشعر بعدم الرضا وقلة السعادة (Miegel et al.,2020).

والذات هي النواة التي تقوم عليها الشخصية بوصفها وحدة دينامية مركبة، وهو معنى مجرد لإدراكنا لأنفسنا جسميًّا وعقليًّا واجتماعيًّا وأخلاقيًّا في ضوء علاقتنا بالآخرين، والذات ومفهومها لا يظهران إلا بعد أن يصبح الشخص كائنًا اجتماعيًّا، فتقدير الذات ينمو ويتبلور عن طريق الخبرات والتجارب ونمط علاقات الفرد بالمحيطين به؛ إذ إن الفرد يكون مفهومه عن ذاته من خلال تفاعله مع الآخرين ونظرته لذاته، ونظرة الآخرين له، ومفهوم الفرد لذاته يؤثر في سلوكه الاجتماعي، والأفراد من ذوي الهوية الفردية أكثر تمركزًا حول ذاته، وبذلك يكون منعزلًا

عن الآخرين، ولكن الفرد الذي يكون مفهومًا ويندمج معهم يكون أقل شعورًا بالاكتئاب.

إن الأفراد كافةً يحتاجون إلى أن يكون تقدير الذات لديهم إيجابيًّا ومرتفعًا، فصورة الفرد عن ذاته وتقديره لها واحترامه لا يؤثر في سلوكه الاجتماعي وأدائه المهني، ويجعل لدى الأفراد تقديرًا إيجابيًّا لذواتهم (Branden,2021).

والفرد الذي يكون مفهومًا إيجابيًّا عن ذاته، يكون واثقًا بنفسه، والشخص التوكيدي هو الإيجابي في علاقته الجريء، يستطيع أن يناقش ويبدي رأيه ويدافع عن وجهة نظره، وينزل معترك الحياة، وبمقدوره القيام بأي نشاط اجتماعي، وبذلك فالشخص يكون مفهومًا إيجابيًّا عن ذاته، والمؤكد لذاته يكون اجتماعيًّا، بعيدًا عن الاكتئاب وأمراضه، ولكن الفرد الذي يكون مفهومًا سلبيًّا عن ذاته، وثقته بنفسه مهزوزة يبتعد عن الآخرين ولا يختلط بهم، ويقع فريسة العزلة والوحدة والانطواء. وللسمنة المفرطة دور في تكوين مفهومه لذاته من خلال فرض نفسه بشكل إيجابي على المجتمع والمحيطين به، ويعزز ثقته بنفسه، ويندمج مع المجتمع من حوله من خلال نجاحه في مسؤولياته والتزاماته.

وللأسرة والمؤسسة دور في ذلك من خلال إحاطة الذين يعانون من السمنة المفرطة بالرعاية والحنان والحب والعطف عليهم، وتقديم الخدمات النفسية والاجتماعية لهم، ودمجهم في المجتمع وتقديمهم بصورة إيجابية، شأنهم شأن الأفراد العاديين، ولا ذنب لهم في وضعهم واحترامهم لنفسهم وذواتهم، وتنمية الوازع الديني لهم، وللمجتمع أيضًا دور في ذلك من خلال توفير احتياجاتهم النفسية والمادية والاجتماعية، والسماح لهم بممارسة أعمالهم وحقوقهم وواجباتهم بكل حرية، وتوفير الفرص المناسبة لهم.

وإذا كان هناك تعاون إيجابي بين المؤسسات فإننا بذلك نحمي من يعانون من السمنة المفرطة من الوقوع فريسة للوحدة النفسية والعزلة، ومما سبق يتضح وجود علاقة إيجابية بين تقدير الذات والكمالية العصابية.

مناقشة نتائج الفرض الثاني:

للتأكد من صحة الفرض الثاني والذي ينص على أنه: "**توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الكمالية العصابية والاكتئاب لدى من يعانون من السمنة المفرطة من عينة الدراسة**"؛ قام الباحثان بحساب معامل ارتباط بيرسون، وجاءت النتائج على النحو التالي:

الجدول (٩) العلاقة بين الكمالية العصابية والاكتئاب

المتغير		الاكتئاب	الكمالية العصابية
الاكتئاب	معامل الارتباط	٠,٧٣٠-	٠,٦٩٤
	مستوى الدلالة	٠,٠٠٠	٠,٠٠٠
	العدد	٥٨	٥٨
الكمالية العصابية	معامل الارتباط	٠,٥٨٣-	١
	مستوى الدلالة	٠,٠٠٠	٠,٠٠٠
	العدد	٥٨	٥٨

يتضح من الجدول السابق وجود علاقة إيجابية دالة إحصائيًّا بين الكمالية العصابية وارتباط موجب دال إحصائيًّا مع الاكتئاب عند مستوى دلالة (٠,٠٠١)، وهذا يشير إلى تحقق صحة الفرض المطروح.

ولقد اتضح من الجدول وجود علاقة موجبة بين الكمالية العصابية والاكتئاب، وأن حدوث الاكتئاب ينخفض كلما كان تقديره لذاته إيجابيًّا؛ إذ يمثل حدوث الاكتئاب إحدى المشكلات النفسية المهمة التي يمكن أن يتعرض لها الفرد في أي مرحلة عمرية، وهي تمثل حالة نفسية تنشأ من إحساس الفرد بأنه ليس له قرب نفسي من الآخرين، وهذه الوحدة ناتجة عن افتقار الفرد لأن يكون طرفًا في علاقة محددة أو مجموعة من العلاقات، ويترتب عليها كثير من صنوف الضيق والضجر (Kannis-Dymand et al.,2020).

وبذلك يمكن القول بأن حدوث الاكتئاب أحد مظاهر السلوك الاجتماعي ذات التأثير المهم في شخصية الذي يعاني من السمنة المفرطة، وفي تكيفه وفي علاقاته في الوسط الذي يعيش فيه، وهي تأثيرات ينبغي ألَّا تُغفل في تكوين تقدير الذات لدى هذا الشخص.

مناقشة نتائج الفرض الثالث:

لاختبار صحة الفرض الثالث والذي ينص على أنه: **"توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الكمالية العصابية وتقدير الذات والاكتئاب لدى من يعانون من السمنة المفرطة تعزى إلى متغير الجنس"**؛ استخدم الباحثان اختبار "ت" للفرق بين متوسطي مجموعتين مستقلتين، فجاءت النتائج على النحو التالي:

الجدول (١٠) نتائج اختبار "ت" لمتغيرات الدراسة تبعًا لمتغير الجنس

المتغير	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجات الحرية	قيمة ت	مستوى الدلالة
تقدير الذات	ذكر	١٥	١٦,٣٣٣٣	٢٨,٢٢٧٨١	١٩,٦٤٤	-٠,١١٣	٠,٩١١
	أنثى	٤٣	١٦٧,٢٣٢٦	٢٠,٩٣٠٥٤	١٩,٦٤٤		
الكمالية العصابية	ذكر	١٥	٦٤,٤٠٠٠	٩,٠٩٣١٧	٣٤,٤٦٠	١,٠٦٩	٠,٢٩٣
	أنثى	٤٣	٦١,١٣٩٥	١٢,٧٧١٩٦	١٧,٦٤٤		
الاكتئاب	ذكر	١٥	٢٦,٠٦٦٧	٦,٣٤١١٠	٢١,٤٢٨	-٠,١٠٣	٠,٩١٩
	أنثى	٤٣	٢٦,٢٥٥٨	٥,٣٦٧٨٦	١٩,٦٤٤		

يتضح من الجدول عدم وجود فروق دالة إحصائيًا بين متغيرات الدراسة تعزى إلى متغير الجنس، وهذا يشير إلى عدم تحقق صحة الفرض المطروح.

ويرجع الباحثان ذلك إلى محاولة المؤسسة تقديم الرعاية المناسبة لكلا الجنسين على حد سواء دون التفرقة والتمييز بينهما، وتقدم الخدمات والرعاية النفسية والطبية للجنسين بالمستوى والمقدار نفسه، وهذا ما ساعد على تقبل وضعهم واندماجهم في المجتمع المحيط، وكذلك الأسر تعمل ما بوسعها لإسعادهم، فلا يوجد فرق بينهم، وعدم التحيز أو التمييز؛ لأن الأسرة تقدم كل ما تملك من أجل إسعاد هؤلاء الأشخاص، وعدم إشعارهم بأنهم منبوذون أو مهملون، ولكن تحيطهم بالرعاية والاهتمام الكبير، وتقدم كل ما يحتاج إليه المحتضن، والإسلام لا يفرق بين ذكر أو أنثى إلا بالتقوى.

بذلك يكون تقدير الذات لديهم سواء كان ذكرًا أو أنثى بالمستوى نفسه؛ لأنهم تلقوا الاهتمام والرعاية والخدمات الاجتماعية والنفسية نفسها، وبالقدر نفسه.

ويتأثر تقدير الذات بعوامل كثيرة، منها ما هو داخلي يتعلق بالفرد نفسه؛ مثل قدراته المختلفة، وخصائصه الجسمية، وسماته الشخصية، وجنسه ذكرًا كان أم أنثى، ومنها ما هو خارجي كنظرة الآخرين إليه؛ أي أن تقدير الذات يتأثر بعوامل وراثية وعوامل أخرى بيئية، فالشخص يتأثر في نموه الاجتماعي بالأشخاص الذين يتفاعل معهم، وبالمجتمع الذي يحيا في إطاره، وبالثقافة التي تسيطر على أسرته ومدرسته ووطنه، ويؤكد حسين أن تقدير الذات يتشكل منذ الطفولة، وعبر مراحل النمو المختلفة، وفي ضوء محددات معينة؛ إذ يكتسب الفرد خلالها وبصورة تدريجية فكرته عن نفسه؛ أي أن الأفكار والمشاعر التي يكونها الفرد عن نفسه ويصف بها ذاته هي نتائج أنماط التنشئة الاجتماعية (Branden,2021).

بذلك يرى الباحثان أن توفير المناخ المناسب لمن يعانون من السمنة المفرطة لا يفرق بين الشخص سواء أكان ذكرًا أم أنثى؛ لأن كلًّا منهما يعاني من

الظروف نفسها؛ لذلك لا بد من تكاتف المجتمع بأكمله ابتداء من المؤسسة الطبية والأسرة الحاضنة، وانتهاء بالمجتمع بأكمله؛ لإحاطة من يعانون من السمنة المفرطة بالرعاية والحب والحنان، وتقديم كل ما يحتاجون إليه مما يساعدهم على تكوين مفهوم إيجابي ومرتفع لذواتهم، ويكون تأكيده لذاته مرتفعًا، ويتعامل مع المجتمع بكل جرأة ودون خوف أو تردد، ولكن إذا أهمل من يعانون من السمنة المفرطة، ولم تقدم لهم الرعاية اللازمة؛ فإنهم يكوِّنون مفهومًا سلبيًّا عن ذواتهم، وتأكيدهم لذواتهم يكون ضعيفًا، ويتعاملون مع المجتمع بأحد أمرين، إما أن يكونوا منسحبين ومنطوين على أنفسهم، ويتجنبون التعامل مع المجتمع، وإما أن يكون أسلوبهم عدوانيًّا في تعاملهم مع المجتمع، ويصبون غضبهم على المجتمع، فينتقمون منه بالأشكال كافة، والوسائل المتاحة وغير المتاحة للانتقام من المجتمع بأكمله.

مناقشة نتائج الفرض الرابع:

لاختبار صحة الفرض الرابع والذي ينص على أنه: **"توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الكمالية العصابية وتقدير الذات والاكتئاب لدى من يعانون من السمنة المفرطة تعزى إلى متغير العمر"**؛ استخدم الباحثان تحليل التباين الأحادي، فجاءت النتائج على النحو التالي:

الجدول (١١) نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لمتغيرات الدراسة تبعًا لمتغير العمر

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	مربع المتوسطات	F	قيمة الدلالة
تقدير الذات	بين المجموعات	٣٦١,٦٩٩	٤	٩٠,٤٢٥	٠,١٦٤	٠,٩٥٦
	داخل المجموعات	٢٩٢٠٢,٣٠١	٥٤	٥٥٠,٩٨٧		
	المجموع	٢٩٥٦٤,٠٠٠	٥٨			
الكمالية العصابية	بين المجموعات	٢٣٨,٠٣٧	٤	٥٩,٥٠٩	٠,٤٠٠	٠,٨٠٨
	داخل المجموعات	٧٨٨٨,٩٤٦	٥٤	١٤٨,٨٤٨		
	المجموع	٨١٢٦,٩٨٣	٥٨			
الاكتئاب	بين المجموعات	٩١,٣١٢	٤	٢٢,٨٢٨	٠,٧١٩	٠,٥٨٣
	داخل المجموعات	١٦٨٢,٢٠٥	٥٤	٣١,٧٤٠		
	المجموع	١٧٧٣,٥١٧	٥٨			

يتضح من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الكمالية العصابية وتقدير الذات والاكتئاب لدى من يعانون من السمنة المفرطة تعزى إلى متغير العمر، وهذا يشير إلى عدم تحقق صحة الفرض المطروح.

ويفسر الباحثان ذلك بأن تقدير الذات يبدأ منذ اللحظة الأولى التي يبدأ فيها الشخص باستكشاف أجزاء جسمه، فهو يُبني من خلال أفكاره وشعوره وأعماله وخبراته؛ إذ يولد الإنسان وليس لديه أي فكرة عن نفسه، وجسمه وعالمه الخارجي يكونان وحدة لا يستطيع التفريق بينهما، وتستمر هذه الفكرة الغامضة بعض السنوات من عمره، ولا تنضج حتى تنفصل ذاته تمامًا عن العالم الخارجي، ويتمكن من رؤية نفسه كما يراها الآخرون.

كما أن تقدير الذات هو مفهوم مكتسب نتيجة تفاعل الفرد مع البيئة الاجتماعية، ونمو تقدير الذات يستمر منذ الولادة وحتى الموت، ما دام الفرد مستمرًّا في عملية النمو واكتشاف خبرات جديدة، وأن تقدير الذات يتأثر تأثيرًا بالغًا بتقييمنا واتجاهات الآخرين نحو الفرد، ويترتب عليه مفهوم ذات إيجابي أو سلبي نحو نفسه، ويعمل تقدير الذات قوة دافعة لسلوك الأفراد؛ فالشخص يتأثر في نموه الاجتماعي بالأشخاص الذين يتفاعل معهم، وبالمجتمع الذي يحيا في إطاره، وبالثقافة التي تسيطر على أسرته ومدرسته ووطنه، كما أن تقدير الذات يتشكل منذ الطفولة وعبر مراحل النمو المختلفة، وفي ضوء محددات معينة؛ إذ يكتسب الفرد خلالها وبصورة تدريجية فكرته عن نفسه؛ أي أن الأفكار والمشاعر التي يكونها الفرد عن نفسه، ويصف بها ذاته، هي نتاج أنماط التنشئة الاجتماعية(Quinton,2020).

وتعدُّ مرحلة الطفولة المتأخرة من المراحل المهمة في نمو الذات لدى الشخص، فبالإضافة إلى أفراد أسرته، فإن هناك أفرادًا آخرين يؤدون دورًا مهمًّا في تكوين الذات وتقدير الذات لديه؛ مثل المدرسين ورفاق اللعب، ففي مرحلة الطفولة يتكون تقدير الذات؛ وهو يتأثر بالظروف المحيطة بالطفل، وينشأ من خلالها التقدير الذاتية للشخصية، والتي يتصل الشخص بالناس من خلالها، كما أن الأشخاص الذين يتلقون قدرًا كافيًا من الرعاية والتوجيه والحب والتشجيع خاصة من جانب المجتمع، عادة ما يظهرون صور ذات إيجابية، بعكس هؤلاء الذين يتعرضون للرفض والنبذ والعقاب القاسي من جانب المجتمع؛ إذ ينمو لديهم الشعور بعدم الأمان، ويظهرون صورًا ذات سلبية.

ويعدُّ العمر وعاء للخبرات التي يكتسبها الفرد عبر المراحل المتتابعة، ويشكل الإطار الزمني الذي تمارس ويتدرب فيه على المهارات، وتظهر فيه الكمالية العصابية، كما أن هناك علاقة بين حدوث الاكتئاب والمرحلة العمرية؛ إذ إن الشعور بالوحدة في مرحلة الشباب يفوق حدوث الاكتئاب في بقية

المراحل العمرية الأخرى؛ وذلك نتيجة لظهور حاجات شخصية جديدة للفرد؛ كحاجته إلى الود والألفة في علاقاته الشخصية، وخاصة إلى الشعور بالانتماء من خلال تكوين علاقات ودية حميمة مع الآخرين؛ كالأهل والأصدقاء والراشدين، وفشل الفرد في بناء مثل هذه العلاقات الاجتماعية يسهم بدرجة كبيرة في شعوره بالوحدة.

مناقشة نتائج الفرض الخامس:

لاختبار صحة الفرض الخامس والذي ينص على أنه: "**توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الكمالية العصابية وتقدير الذات والاكتئاب لدى من يعانون من السمنة المفرطة تعزى إلى متغير المستوى الاقتصادي**"؛ استخدم الباحثان تحليل التباين الأحادي، فجاءت النتائج على ما يلي:

الجدول (١٢) نتائج تحليل التباين الأحادي لمتغيرات الدراسة تبعًا لمتغير المستوى الاقتصادي

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	مربع المتوسطات	F	قيمة الدلالة
تقدير الذات	بين المجموعات	١٧٦٣,١٥٤	٤	٥٨٧,٧١٨	١,١٤٢	٠,٣٤١
	داخل المجموعات	٢٧٨٠٠,٨٤٦	٥٤	٥١٤,٨٣٠		
	المجموع	٢٩٥٦٤,٠٠٠	٥٨			
الكمالية العصابية	بين المجموعات	٦٨٠,٣٦٧	٤	٢٢٦,٧٨٩	١,٦٤٥	٠,١٩٠
	داخل المجموعات	٧٤٤٦,٦١٥	٥٤	١٣٧,٩٠٠		
	المجموع	٨١٢٦,٩٨٣	٥٨			
الاكتئاب	بين المجموعات	١٤٢,٦٣٧	٤	٤٧,٥٤٦	١,٥٧٤	٠,٢٠٦
	داخل المجموعات	١٦٣٠,٨٨٠	٥٤	٣٠,٢٠١		
	المجموع	١٧٧٣,٥١٧	٥٨			

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين من يعانون من السمنة المفرطة تعزى إلى متغير المستوى الاقتصادي، وهذا يشير إلى عدم تحقق صحة الفرض المطروح.

فسر الباحثان ذلك بأن المستوى الاقتصادي ليس هو المشكلة الأولى مقارنة بما يواجهه الذين يعانون من السمنة المفرطة؛ وذلك لعمل الأسرة كل ما بوسعها لتوفير احتياجات الشخص، وتلبية طلباته، وعدم حرمانه من أي شيء، وهذا أدى إلى تلاشي الفروق بينهم، ولكن يرجع ذلك إلى قناعة الفرد بما يملكه، ومناسبة احتياجاته للمستوى الاقتصادي الذي يعيشه، وتعمل الأسرة على غرس القيم الإيجابية في نفوسهم، والاكتفاء الذاتي بما لديهم، وعدم السماح لهم بأن يتعدوا على حقوق الآخرين وحاجاتهم، واقتناعهم بما

قسم الله لهم، وتنمية الوازع الديني لديهم؛ فإن تنميته تعدُّ أمرًا ضروريًّا ومهمًّا لكل أسرة، فمن دون الوازع الديني وغرس القيم الإسلامية لن تحقق التربية الصحيحة السليمة؛ إذ إن إشباع الحاجة إلى مفهوم ذاتي إيجابي يؤدي إلى ثقة الفرد وشعوره بقيمة نفسه وتوازنه الشخصي، وعلى عكس ذلك فإن عجزه عن إشباع تلك الحاجة قد يؤدي به إلى الإحساس بالدونية والضعف، فينعكس ذلك عليه ويشعره بالإحباط.

والذي يعاني من السمنة المفرطة له دور في ذلك؛ فقناعته ورضاه بما يمتلك أمر ضروري؛ لأن القناعة كنز لا يفنى، وقوة الوازع لديه تعدُّ هي المحرك الرئيس والأساس في تصرفاته وإدراكه للأمور، فكلما كان تقديره لذاته مرتفعًا إيجابيًّا يكون أكثر قناعة واكتفاء، ويندمج مع المحيطين دون شعور بالحقد والغيرة لما يمتلكه الآخرون، ولمعرفته اليقينية بأن الرزق من عند الله، وهو الذي يوزع الأرزاق من حيث لا يشعر الفرد، فهذا يساعد الفرد على الاكتفاء والاقتناع بما يملكه، والإيمان بأن الرزق مكتوب ومقدر من عند الله يقضي على الخوف من الفقر والقلق وغيرهما من الاضطرابات النفسية الناجمة عن انخفاض المستوى الاقتصادي.

مناقشة نتائج الفرض السادس:

للتأكد من الفرض السادس والذي ينص على أنه: **"توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الكمالية العصابية وتقدير الذات والاكتئاب لدى من يعانون من السمنة المفرطة تعزى إلى متغير المستوى التعليمي"**؛ استخدم الباحثان تحليل التباين الأحادي، وكانت النتائج على ما يلي:

الجدول (١٢) نتائج تحليل التباين الأحادي لمتغيرات الدراسة تبعًا لمتغير المستوى التعليمي

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	مربع المتوسطات	F	قيمة الدلالة
تقدير الذات	**بين المجموعات**	٢٤٩٨,٤٤٩	٣	١٢٤٩,٢٥٥	٢,٥٣٩	٠,٨٨
	داخل المجموعات	٢٧٠٦٥,٥٥١	٥٥	٤٩٢,١٠١		
	المجموع	٢٩٥٦٤,٠٠٠	٥٨			
الكمالية العصابية	**بين المجموعات**	٩٨,٤٥٦	٣	٤٩,٢٢٨	٠,٣٣٧	٠,٧١٥
	داخل المجموعات	٨٠٢٨,٥٢٦	٥٥	١٤٦,٩٧٣		
	المجموع	٨١٢٦,٩٨٣	٥٨			
الاكتئاب	**بين المجموعات**	١٣١,٣٨١	٣	٦٥,٦٩٠	٢,٢٠٠	٠,١٢٠
	داخل المجموعات	١٦٤٢,١٣٦	٥٨	٢٩,٨٥٧		
	المجموع	١٧٧٣,٥١٧	٥٨			

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الكمالية العصابية وتقدير الذات والاكتئاب لدى من يعانون من السمنة المفرطة تعزى إلى متغير المستوى التعليمي، وهذا يشير إلى عدم تحقق صحة الفرض المطروح.

ويفسر الباحثان ذلك بوجود أفراد العينة في المحيط الاجتماعي والثقافي والتعليمي نفسه، ومساندة الأسرة الحاضنة والطبيب في المؤسسة لتكوين تقدير إيجابي لذواتهم، وتعزيز ثقتهم بأنفسهم، والتقليل من شعورهم بالاكتئاب، وتعلم الأفراد يساعدهم على تكوين مفهوم إيجابي عن ذواتهم؛ إذ إن استخدام الحوار الذاتي الإيجابي يساعدهم على ثقتهم بأنفسهم، ويكونون مندمجين مع المحيطين به.

إن تقدير الذات ينمو من الخبرات الجزئية والمواقف التي يمر بها الفرد في أثناء محاولاته للتكيف مع البيئة المحيطة به، ومثل هذه الخبرات هي التي يترتب عليها نمو التنظيمات السلوكية المختلفة، بناء على عملية التعلم، ولكن أثر هذه المواقف والخبرات لا يقف عند مجرد نمو تنظيمات سلوكية خاصة أو دوافع فردية منعزلة، ولكنه يتعدى ذلك فيشمل الفرد كله عن طريق تعميم الخبرات الانفعالية الإدراكية على هذا الفرد بوصفه جزءًا من المجال الكلي الذي يتفاعل معه، بما يؤدي في النهاية إلى نمو تقدير عن الذات ككل.

ويفسر الباحثان عدم وجود فروق ترجع للمستوى التعليمي بتقارب أفراد العينة من بعضها في المراحل العمرية، ولوجودهم في المحيط الاجتماعي الذي يعيشون فيه نفسه، فيتلقون الثقافة نفسها، ويعدُّ التعليم ضروريًّا في تكوين تقدير إيجابي للذات؛ إذ إن تقدير الذات يمثل متغيرًا مهمًّا في التعليم، كما أنه أكثر المحددات أهمية في خبرات الفرد لدى الشخص، ويتفق علماء النفس على أن اكتساب الفرد للمهارات المعرفية ينبغي أن يمضي قدمًا في تلازم مع نمو تقدير الذات الإيجابي لديه، وعلى أن كليهما يمثل شرطين رئيسين للنجاح في المدرسة.

ويرى الباحثان أن خبرات النجاح والفشل تؤثر إيجابيًّا أو سلبًا في الكمالية العصابية، فالأشخاص الذين يحققون نجاحًا في التعليم يكوِّنون تقديرًا إيجابيًّا مرتفعًا عن ذواتهم، ويكوِّنون شخصية اجتماعية قوية، وتكون علاقاتهم مع المحيطين قوية، ويكون تأكيدهم لذاتهم عاليًا، وينسجمون مع أصدقائهم، ويطورون مفهومًا إيجابيًّا عن ذواتهم، وعلى العكس الأفراد الذين يحصلون على تقديرات منخفضة فإنهم يكوِّنون مفاهيم سلبية عن ذواتهم، وتأكيدهم لذواتهم يكون ضعيفًا، وينعزلون عن أصدقائهم وينطوون على أنفسهم، ويتجنبون العلاقات الاجتماعية.

توصيات الدراسة:

في نهاية هذه الدراسة يجب الإشارة إلى أن هذه المنطقة البحثية في حاجة إلى مزيد من الدراسات التي يمكن اقتراح بعضها في ما يلي:

- الكمالية العصابية وعلاقتها بالاضطرابات السيكوسوماتية.
- دراسة ارتقائية لتطور الكمالية عبر المراحل العمرية.
- الصفحة النفسية العصبية للكمالية.
- الكمالية وعلاقتها بالأفكار الوسواسية لدى شرائح من المجتمع السعودي.
- فعالية برنامج إرشادي لخفض الكمالية لدى من يعانون من السمنة المفرطة.
- العوامل الخمسة الكبرى وعلاقتها بكل من: الكمالية والسمنة.
- الكمالية وعلاقتها بالإنجاز الأكاديمي.
- الكمالية وعلاقتها بالوظائف التنفيذية.
- أساليب المعاملة الوالدية وعلاقتها بالكمالية لدى من يعانون من السمنة المفرطة.

قائمة المراجع

أولا: المراجع العربية

١. أبو حطب، فؤاد، صادق، آمال. (٢٠١٠). *مناهج البحث وطرق التحليل الإحصائي في العلوم النفسية والتربوية والاجتماعية.* مكتبة الأنجلو المصرية.

٢. الأنصاري، بدر. (٢٠٠٦). استراتيجيات تحسين جودة الحياة من أجل الوقاية من الاضطرابات النفسية. *وقائع ندوة علم النفس وجودة الحياة*. جامعة السلطان قابوس.

٣. باظة، آمال عبد السميع. (١٩٩٦). الكمالية العصابية والكمالية السوية. *مجلة الدراسات النفسية*، ٦*(*١٢).

٤. الحنفي، عبد المنعم. (١٩٩٤). *موسوعة علم النفس والتحليل النفسي* (ط٤). مكتبة مدبولي .

٥. رياض، سارة. (٢٠١٢). *مستويات الكمالية وعلاقتها بمفهوم الذات والدافعية للإنجاز لدى عينة من الطلاب المتفوقين عقليًا في المرحلة الثانوية*. [رسالة ماجستير غير منشورة]. كلية التربية، جامعة حلوان.

٦. صابر، سامية. (٢٠١٠). الكمالية العصابية (غير سوية) وعلاقتها باضطرابات الأكل لدى عينة من طلاب الجامعة. *مجلة كلية التربية جامعة بنها*، (٧٠).

٧. عبدالحميد، جابر عبد الحميد، كفافي، علاء الدين. (١٩٩٣) معجم *علم النفس والطب النفسي* (ط.٦). دار النهضة العربية.

٨. عبدالخالق، شادية. (٢٠٠٥)، استخدام نظرية الاختيار وفنيات العلاج الواقعي في خفض اضطرابات الكمالية العصابية، *المجلة المصرية للدراسات النفسية،١٥* (٤٦)،٢١٣-٢٦٦.

٩. عبدالمنعم، أحمد. (٢٠١٠). *مقياس الاكتئاب لدى الشباب متعدد الأبعاد*. المؤتمر السنوي الخامس عشر، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس.

١٠. عزب، حسام. (٢٠٠٤، مارس ٢٨-٢٩). *برنامج إرشادي لخفض الاكتئابية وتحسين جودة الحياة لدى عينة من معلمي المستقبل*. المؤتمر العلمي السنوي الثاني عشر، التعليم للجميع التربية وآفاق جديدة في التعليم الفئات المهشمة في الوطن العربي كلية التربية، جامعة حلوان.

١١. عطية، أشرف محمد. (٢٠٠٩). دراسة العلاقة بين الكمالية والتأجيل لدى عينة من طلاب الجامعة المتفوقين عقليًا، *مجلة الإرشاد النفسي*، (٢٣)، ٢٨١ – ٣٢٥ .

١٢. فايد، حسين. (٢٠٠٢). شكل الجسم وتقدير الذات كمتغيرات وسيطة في العلاقة بين الكمالية والشره العصبي. *مجلة الإرشاد النفسي*، *١٠* (١٥)، ٥١ – ١٠٣.

١٣. قاسم، عبدالمريد. (٢٠٠٣). *الكمالية في علاقتها بتقدير الذات وأعراض الاكتئاب لدى الشباب الجامعي* [رسالة دكتوراه غير منشورة]. كلية الآداب، جامعة حلوان.

١٤. محمود، عبدالله. (٢٠١٠). الكمالية لدى عينة من معلمي التعليم العام وعلاقتها ببعض اضطرابات القلق والبارانويا لديهم، *مجلة كلية التربية بجامعة المنصورة*، *٧٢* (٢).

ثانيا: المراجع الأجنبية

1. Albano, A.R. (2011). *The relationship among perfectionism, life satisfaction, and cio-emotional variables in gifted children. Doctoral dissertation*, Hofstra University. ProQuest: UMI 3454659.

2. Andrews, P. W., Gangestad, S. W., & Mathew, D. (2002). Adaptationism: How to carry out an exaptationist program. *Behavioral and Brain Sciences*, *25*(4), 489-504.

3. American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5* (5a ed.). Porto Alegre, RS: Artmed.

4. Bento, C., Pereira, A. T., Maia, B., Marques, M., Soares, M. J., Bos, S., ... & Macedo, A. (2010). Perfectionism and eating behaviour in Portuguese adolescents. *European Eating Disorders Review*, *18*(4), 328-337.

5. Bieling, p. J. Israeli, A. Smith, j., & Antony, M.M. (2003). Making the grade: The behavioral consequences of perfectionism in the classroom. *Personality and Individual Differences*, *35* (1), 163- 178.

6. Boyle, C.S. (2011). *Depression, anxiety, and maladaptive perfectionism symptoms among elementary gifted students in three educational settings*. Doctoral dissertation, Walden University. ProQuest: UMI 909934368.

7. Branden, N. (2021). *The power of self-esteem*. Health Communications, Inc.

8. Chan, D.w. (2010). Perfectionism among Chinese Gifted and Nongifted Students in Hong Kong: The Use of the Revised Almost Perfect Scale. *Journal for the Education of the Gifted. 34* (1), 68- 98.

9. Chen, J. L., & Kennedy, C. (2005). Factors associated with obesity in Chinese-American children. *Pediatric nursing*, *31*(2), 110.

10. Chantal A., Jane I., Paul R., Robert A., Flett G& Hewitt. L (2008). Perfectionism and Psychological Distress: A Modeling Approach to Cognitive. *Behavior Therapy 26,* 151- 167.
11. Christopher, M. & Shewmaker, j. (2010). The Relationship of perfectionism to Affective Variables in Gifted and Highly Able Children. *Gifted Child Today. 33* (3), 20- 30.
12. Curran, T., & Hill, A. P. (2019). Perfectionism is increasing over time: A meta-analysis of birth cohort differences from 1989 to 2016. *Psychological bulletin*, *145*(4), 410.
13. Davis, M. C., & Wosinski, N.L. (2012). Cognitive errors as predictors of adaptive and maladaptive perfectionism in children. *Journal of Rational- Emotive & Cognitive- Behavior Therapy, 30* (2), 105-117.
14. DeNicola, E., Aburizaiza, O. S., Siddique, A., Khwaja, H., & Carpenter, D. O. (2015). Obesity and public health in the Kingdom of Saudi Arabia. *Reviews on environmental health*, *30*(3), 191-205.
15. Dunkley, D. M., Zuroff, D.C. & Blankstein, K.R. (2003). Self- critical perfectionism and daily affect: Dispositional and situational influences on stress and coping. *Journal of Personality And Social Psychology, 84 (1),* 234- 252.
16. Dunkley, D. M., Starrs, C. J., Gouveia, L., & Moroz, M. (2020). Self-critical perfectionism and lower daily perceived control predict depressive and anxious symptoms over four years. *Journal of counseling psychology*, *67*(6), 736.
17. Egan, S. J., Wade, T. D., & Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical psychology review*, *31*(2), 203-212.
18. Elliott, M, Adderholdt, M., Goldberg, j. Pemu, C.& Price, c. (1999): *Perfectionism: What's Bad About Being Too Good*. Free Spirit Publishing.
19. Ellis, A. (2002). The role of irrational beliefs in perfectionism. In G. L. Flett & P. L. Hewitt (Eds.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment* (pp. 217–229). Washington, DC: American Psychological Association.
20. Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., & Welch, S. L. (1999). Risk factors for anorexia nervosa: three integrated case-control comparisons. *Archives of general psychiatry*, *56*(5), 468-476.
21. Faith, M. S., Butryn, M., Wadden, T. A., Fabricatore, A., Nguyen, A. M., & Heymsfield, S. B. (2011). Evidence for prospective associations among depression and obesity in population-based studies. *Obesity Reviews*, *12*(5), e438-e453.
22. Falconer, C. L., Park, M. H., Croker, H., Skow, Á., Black, J., Saxena, S., ... & Kinra, S. (2014). The benefits and harms of providing parents with weight feedback as part of the national child measurement programme: a prospective cohort study. *BMC public health*, *14*(1), 1-10.
23. Ferguson, K.L & Rodway, M.R (1994). Cognitive Behavioral Treatment of Perfectionism: Initial Evaluation Studies. *Research on social Work Practice, 4,* 283, 308.
24. Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2004). The cognitive and treatment aspects of perfectionism: Introduction to the special issue. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, *22*(4), 229-236.
25. Flett, G.L., Hewitt, p.L., Blankstaein. K.R., & Gray, L. (1998) Psychological distress and the Frequency of perfectionism Thinking. *Journal of Personality and Social Psychology, 75,* 363- 381.
26. Flett, G.L., Greene, A., & Hewitt, p.L. (2004). Dimensions of Perfectionism and Anxiety Sensitivity. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive- Behavior Therapy. 22, (1)*, 39- 57.
27. Flett, G. L., Nepon, T., Hewitt, P. L., & Fitzgerald, K. (2016). Perfectionism, components of stress reactivity, and depressive

symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *38*(4), 645-654.

28. Flett, G.L. Newby, j. & Hewitt, p.c. (2011). Perfectionistic Automatic Thoughts, Trait Perfectionism, and Bulimic Automatic Thoughts in Young Women. *Journal of Rational- Emotive& Cognitive- Behavior Therapy 29,* 192- 206.

29. Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research, 14(5),* 449 – 468.

30. Fulkerson, J. A., Strauss, J., Neumark-Sztainer, D., Story, M., & Boutelle, K. (2007). Correlates of psychosocial well-being among overweight adolescents: the role of the family. *Journal of consulting and clinical psychology*, *75*(1), 181.

31. Garner, D. M., Olmstead, M. P., & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International journal of eating disorders*, *2*(2), 15-34.

32. Gold, S. M., Köhler-Forsberg, O., Moss-Morris, R., Mehnert, A., Miranda, J. J., Bullinger, M., ... & Otte, C. (2020). Comorbid depression in medical diseases. *Nature Reviews Disease Primers*, *6*(1), 1-22.

33. Greenspon, T. s. (2008), Making sense of error: A view of the origins and treatment of perfectionism. *American Journal of Psychotherapy, 62*(3), 263- 282.

34. Hamachek, D.E. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. Psychology: *A Journal of Human Behavior, 75(1),* 27- 33.

35. Haskell, S. G., Gordon, K. S., Mattocks, K., Duggal, M., Erdos, J., Justice, A., & Brandt, C. A. (2010). Gender differences in rates of depression, PTSD, pain, obesity, and military sexual trauma among Connecticut war veterans of Iraq and Afghanistan. *Journal of Women's Health*, *19*(2), 267-271.

36. Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of personality and social psychology*, *60*(3), 456.

37. Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Ediger, E. (1995). Perfectionism traits and perfectionistic self-presentation in eating disorder attitudes, characteristics, and symptoms. *International Journal of Eating Disorders, 18,* 317 – 326.

38. Hill, R.w. Huelsman, T.J. Furr, R. M. Kibler, j., Vicente, B. B., & Kennedy, c. (2004). A new measure of perfectionism: The “Inventory. *Journal of Personality Assessment, 82 (1)*, 80- 91.

39. Hollender, M. H. (1978). Perfectionism, a neglected personality trait. *The Journal of clinical psychiatry*, *39*(5), 384-384.

40. Joiner Jr, T. E., Heatherton, T. F., & Keel, P. K. (1997). Ten-year stability and predictive validity of five bulimia-related indicators. *American Journal of Psychiatry*, *154*(8), 1133-1138.

41. Kannis-Dymand, L., Hughes, E., Mulgrew, K., Carter, J. D., & Love, S. (2020). Examining the roles of metacognitive beliefs and maladaptive aspects of perfectionism in depression and anxiety. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, *48*(4), 442-453.

42. Kelly, L., Keaten, J., Finch, C., Duarte, I., Hoffman, P., & Michels, M. (2002). Family communication patterns and the development of reticence. *Communication Education*, *51*(2), 202-209.

43. Klibert, j. (2004). *Self-consented and socially- prescribed perfectionism: And they differentiated by adaptive and maladaptive psychological symptoms?* MD, Graduate Faculty of University of South Alabama.

44. Lavy, S., & Naama-Ghanayim, E. (2020). Why care about caring? Linking teachers’ caring and sense of meaning at work with students’ self-esteem, well-being, and

school engagement. *Teaching and Teacher Education*, *91*, 103046.

45. Luppino, F. S., de Wit, L. M., Bouvy, P. F., Stijnen, T., Cuijpers, P., Penninx, B. W., & Zitman, F. G. (2010). Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Archives of general psychiatry*, *67*(3), 220-229.

46. Melin, E. O., Thunander, M., Svensson, R., Landin-Olsson, M., & Thulesius, H. O. (2013). Depression, obesity, and smoking were independently associated with inadequate glycemic control in patients with type 1 diabetes. *Eur J Endocrinol*, *168*(6), 861-869.

47. Memish, Z. A. (2014). Obesity and Associated Factors-Kingdom of Saudi Arabia, 2013.‖ dalam. *Preventing Chronic Disease*, *11*(10), 1-10.

48. Miegel, F., Moritz, S., Wagener, F., Cludius, B., & Jelinek, L. (2020). Self-esteem mediates the relationship between perfectionism and obsessive-compulsive symptoms. *Personality and Individual Differences*, *167*, 110239

49. Mogul, A., Irby, M. B., & Skelton, J. A. (2014). A systematic review of pediatric obesity and family communication through the lens of addiction literature. *Childhood Obesity*, *10*(3), 197-206.

50. Mor, S., Day, H. I., Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (1995). Perfectionism, control, and components of performance anxiety in professional artists. *Cognitive Therapy and Research*, *19*(2), 207-225.

51. Moroz, M., & Dunkley, D. M. (2015). Self-critical perfectionism and depressive symptoms: Low self-esteem and experiential avoidance as mediators. *Personality and Individual Differences*, *87*, 174-179.

52. Ocampo, A. C. G., Wang, L., Kiazad, K., Restubog, S. L. D., & Ashkanasy, N. M. (2020). The relentless pursuit of perfectionism: A review of perfectionism in the workplace and an agenda for future research. *Journal of Organizational Behavior*, *41*(2), 144-168.

53. Pacht, A. R. (1984). Reflections on perfection. *American psychologist*, *39*(4), 386.

54. Pan, A., Sun, Q., Czernichow, S., Kivimaki, M., Okereke, O. I., Lucas, M., ... & Hu, F. B. (2012). Bidirectional association between depression and obesity in middle-aged and older women. *International journal of obesity*, *36(4*), 595-602.

55. Park, M. H., Falconer, C. L., Croker, H., Saxena, S., Kessel, A. S., Viner, R. M., & Kinra, S. (2014). Predictors of health-related behaviour change in parents of overweight children in England. *Preventive medicine*, *62*, 20-24.

56. Phillips, A. C. (2011). Blunted cardiovascular reactivity relates to depression, obesity, and self-reported health. *Biological psychology*, *86*(2), 106-113.

57. Quinton, W. J. (2020). So close and yet so far? Predictors of international students' socialization with host nationals. *International Journal of Intercultural Relations*, *74*, 7-16.

58. Renzaho, A. M., Dau, A., Cyril, S., & Ayala, G. X. (2014). The influence of family functioning on the consumption of unhealthy foods and beverages among 1-to 12-y-old children in Victoria, Australia. *Nutrition*, *30*(9), 1028-1033..

59. Shafran, R., & Mansell, W. (2001). Perfectionism and psychopathology: A review of research and treatment. *Clinical psychology review*, *21*(6), 879-906.

60. Sloman, L., Gilbert, P., & Hasey, G. (2003). Evolved mechanisms in depression: the role and interaction of attachment and social rank in depression. *Journal of Affective Disorders*, *74*(2), 107-121.

61. Soares, M. J., Macedo, A., Bos, S. C., Marques, M., Maia, B., Pereira, A. T., & Azevedo, M. H. (2009). Perfectionism and eating attitudes in Portuguese students: A longitudinal study. *European Eating Disorders*

Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association, *17*(5), 390-398.

62. SS, M. A. (2016). A review of prevalence of obesity in Saudi Arabia. *J Obes Eat Disord*, *2*(2), 1-6.

63. Stoeber, J. (Ed.). (2018). *The psychology of perfectionism: Theory, research, applications*. Routledge.

64. Stoeber, J., & Childs, J. H. (2010). The assessment of self-oriented and socially prescribed perfectionism: Subscales make a difference. *Journal of personality assessment*, *92*(6), 577-585.

65. Tavares, A. C. D. S., Lima, R. F. F., & Tokumaru, R. S. (2021). Evolutionary theories of depression: overview and perspectives. *Psicologia USP*, *32*.

66. Trzesniewski, K. H., Donnellan, M. B., & Robins, R. W. (2003). Stability of self-esteem across the life span. *Journal of personality and social psychology*, *84*(1), 205.

67. World Health Organization: Obesity and overweight. 2016. Retrieved from https://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/

68. World Health Organization. (2017). Depression and other common mental disorders - Global health estimates. Geneva: Autor.

69. Young, E. A., Clopton, J. R., & Bleckley, M. K. (2004). Perfectionism, low self-esteem, and family factors as predictors of bulimic behavior. *Eating behaviors*, *5*(4), 273-283.

70. Zhang, B., & Cai, T. (2012). Coping styles and self-esteem as mediators of the perfectionism-depression relationship among Chinese undergraduates. *Social Behavior and Personality: an international journal*, *40*(1), 157-168.

Perfectionism and its relationship to self-esteem and depression among obese people

Mohammed Salem al-Garni, Ph.D.
Hans Mohammed Alshehri Ph.D.
Faculty of Arts. King Abdul-Aziz University- Jeddah

Abstract. the current study aimed to investigate the relationship between perfectionism, self-esteem and depression among obese people, and the differences in neurotic perfectionism, self-esteem and depression among obese people according to the variables: gender, age, educational level, and economics.
The importance of the study in its attempt to identify the psychological problems of increasing obesity to reach excessive obesity, which is the stage that we must pay attention to and direct research to because of the danger in the lives of our young men and daughters, as well as identifying the relationship of neurotic perfectionism to self-esteem in light of some variables, including: Gender age, educational level, and economic level.
To achieve the objectives of the study, the researcher followed the descriptive approach on a sample of obese people who are undergoing treatment for obesity in psychiatric clinics, slimming and cosmetic centers, and weight disorders. excessive. The researcher applied the following tools:
1. Neurotic Perfectionism Scale - Samia Saber 2010
2. Rosenberg Self-Esteem Scale
3. Depression Scale - Ahmed Mohamed Abdel Moneim 2010
The most important results of the study were as follows:
1. There is a statistically significant relationship between neurotic perfectionism and self-esteem among obese people from the study sample.
2. There is a statistically significant relationship between neurotic perfectionism and depression among obese people from the study sample.
3. There are statistically significant differences in neurotic perfectionism, self-esteem and depression among obese people from the study sample due to the gender variable.
4. There are no statistically significant differences in neurotic perfectionism, self-esteem and depression among obese people from the study sample due to the age variable.
5. There are no statistically significant differences in neurotic perfectionism, self-esteem and depression among obese people from the study sample due to the educational level variable.
6. There are no statistically significant differences in neurotic perfectionism, self-esteem and depression among obese people from the study sample due to the economic level variable.